

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaque contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste 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 do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão Dezembro/2025

Processo SUSEP nº 15414.613215/2020-52.

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Voz do Cliente na Empresa A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2^a a 6^a das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento, para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	TIPO DA OBRIGAÇÃO	4
3.	COBERTURAS DO SEGURO.....	4
4.	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS.....	5
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	6
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS.....	7
7.	CARÊNCIA	7
8.	FRANQUIA	7
9.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	7
10.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	9
11.	VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	10
12.	CAPITAIS SEGURADOS / ATUALIZAÇÃO DOS VALORES.....	11
13.	CERTIFICADO INDIVIDUAL	11
14.	CUSTEIO DO SEGURO	11
15.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
16.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
17.	CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO	14
18.	CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO.....	14
19.	BENEFICIÁRIOS	14
20.	COMUNICADO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	15
21.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	17
22.	DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DOS SINISTROS	17
23.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	23
24.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	23
25.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	25
26.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	25
27.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	26
28.	DISPOSIÇÕES GERAIS	26
29.	PRESCRIÇÃO	27
30.	FORO	27
31.	CONCEITOS.....	27

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO - CONSÓRCIO CAPITAL SEGURADO VINCULADO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1** O presente Seguro tem por objetivo garantir a quitação total ou parcial da Obrigação assumida pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e das Condições Contratuais do Seguro.**
- 1.2** Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados.
- 1.3** Este contrato de seguro é regido pela Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024 e, no que couber, pela Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva de Resoluções, Circulares e Instruções Normativas emitidas pelos órgãos reguladores, desde que, em acordo com a Lei nº 15.040/2024.
- 1.4** **Os seguros contra os riscos de morte e de perda de integridade física de pessoa que visem a garantir direito patrimonial de terceiro ou que tenham finalidade indenizatória submetem-se, no que couber, às regras do seguro de dano.**
- 1.5** Qualquer alteração no contrato de seguro será efetuada mediante emissão de endosso pela Seguradora.
- 1.6** As definições dos Conceitos e termos técnicos que regem este seguro estão descritos no final destas Condições Gerais.

2. TIPO DA OBRIGAÇÃO

O Seguro Prestamista está atrelado ao Produto de Consórcio oferecido pelo Estipulante, devido tratar-se de garantia direta da Obrigação Contratada pelo Segurado junto ao Estipulante. A adesão ao Consórcio é efetuada através de Contrato de Participação em Grupo de Consórcio e Regulamento Geral de Consórcio.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1** É facultado ao Estipulante a escolha das coberturas do seguro, aplicáveis a todo Grupo Segurado, as quais deverão constar da “Proposta de Contratação”, **e somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.**

3.1.1 As coberturas deste Seguro são divididas em Básica e Adicional, sendo a cobertura básica obrigatória, e a adicional facultativa:

Cobertura Básica:

- Básica – Morte;

Cobertura Adicional:

- IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;

- 3.2 Não haverá cobertura se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previstos nestas Condições Gerais.
- 3.3 Em caso de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de Coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

4.1 Básica - Morte

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja accidental, devidamente coberta durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e das Condições Contratuais.**

4.2 IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **Total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 4.2.1, em virtude de lesão física causada por **acidente coberto**, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e das Condições Contratuais.**

4.2.1 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

4.2.1.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

4.2.1.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

4.2.1.3 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

4.2.1.4 A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

4.2.1.5 As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

4.2.1.6 Além dos riscos mencionados na Cláusula 5 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- d) as doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei e, nos seguros contratados por pessoa jurídica, também por parte dos sócios controladores, dirigentes e administradores;**
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos Prêmios do Seguro;**
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;**
- i) Prática de atos reconhecidamente perigosos, que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem de utilização de transportes mais arriscados, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**
- j) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas.**
- k) Sinistros cuja causa não for possível de ser apurada e concluída pela Seguradora durante o processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.**

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

- 6.1** O presente Seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.
- 6.2** As indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. CARÊNCIA

- 7.1** A cobertura básica está sujeita ao período de carência definido no Contrato de Seguro.
- 7.2** **Haverá carência nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**
- 7.3** Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente, ressalvada a hipótese prevista no item **7.2** acima.
- 7.4** O pagamento antecipado do Prêmio do Seguro não elimina a carência estabelecida para o Seguro.
- 7.5** Não haverá carência para os casos de transferência dos Segurados de outra para esta Seguradora, exclusivamente para os Segurados que já participavam do Seguro.

8. FRANQUIA

Para as coberturas de Morte e IPTA não se aplicam franquias.

9. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 9.1** **A aceitação do seguro será precedida de análise do risco pela Seguradora, com base nas informações fornecidas na Proposta de Seguro.**
- 9.2** **A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo Estipulante, por seu representante, ou corretor de seguros habilitado que representará o proponente na formação do contrato, na forma da lei.**
- 9.3** O(s) pedido(s) de cotação à seguradora não equivale(m) à Proposta, e as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.
- 9.4** A Proposta de Seguro e o Questionário fazem parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.
- 9.5** A aceitação da Proposta dependente de análise interna da Seguradora, que se reserva o direito de, através de critérios técnicos, negar os riscos que considere em desacordo com os interesses do seu negócio, não ficando tal recusa caracterizada como ato discriminatório ou impeditivo da livre iniciativa empresarial.

- 9.6** O Proponente/Estipulante é obrigado a fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário que lhe submeta a Seguradora. As partes e os terceiros intervenientes nos contratos, ao responderem o Questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.
- 9.6.1** O descumprimento doloso do dever de informar previsto acima, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 9.6.2** O descumprimento culposo do dever de informar previsto acima, implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
- 9.6.3** Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 9.6.3.1** Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora.
- 9.6.3.2** A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo com sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando os aspectos comerciais, atuariais e técnicos.
- 9.6.3.3** Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando as despesas administrativas e tributos.
- 9.7** Após verificar que a Proposta de Seguro atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente, protocolo que identifica a Proposta de Seguro por ela recepcionada, com indicação de data e hora do recebimento da referida proposta. **Apenas serão consideradas como recebidas as propostas enviadas através do Portal do Corretor ou Portal de Parceiros autorizados.**
- 9.8** A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Seguro, Proposta de Adesão dos Proponentes e Questionários de Saúde, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, novo questionário, apresentação de exames, entre outros, este prazo terá novo início, passando a ser contado a partir do momento em que forem atendidas as solicitações complementares.
- 9.9** A solicitação de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.

- 9.10** As propostas serão consideradas aceitas através da manifestação formal e expressa da Seguradora ou, ainda, no caso de a Seguradora não se manifestar expressamente pela sua recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data da recepção da Proposta.
- 9.11** Qualquer alteração no Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Segurado. **NÃO SERÁ ADMITIDA A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA POSSA TER CONHECIMENTO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO CONSTEM DA PROPOSTA DE SEGURO OU QUE NÃO TENHAM SIDO COMUNICADAS POR ESCRITO.**
- 9.12** No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.
- 9.13** Será estabelecida na Proposta de Contratação a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.
- 9.14** Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas na Proposta de Contratação.
- 9.15** Havendo expressa convenção da Proposta de Contratação, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.
- 9.16** A inclusão dos componentes seguráveis, poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido na Proposta de Contratação:
- 9.16.1 Automática:** nos seguros não contributários, quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;
- 9.16.2 Facultativa:** quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro, ou cuja inclusão seja feita por ordem e conta do Estipulante.
- 9.17** A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a declaração pessoal de saúde atividade profissional.
- 9.17.1** A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1** O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Contrato de Seguro e o final de vigência não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término.
- 10.1.1** Os prazos acima mencionados, bem como o prazo de comercialização do seguro individual e a data da Revisão Atuarial serão estabelecidos nas Condições Contratuais e na Apólice Mestra.

10.1.2 Não haverá aceitação para proponentes cujo prazo do financiamento ultrapasse ao máximo supracitado.

10.2 Na ocasião da Revisão Atuarial estabelecida na Apólice Mestra, a Seguradora reserva-se o direito de elaborar recálculo atuarial do grupo segurado e apurar o resultado financeiro da Apólice. Caso se verifique desvio no recálculo da taxa e/ou no resultado financeiro da Apólice que impossibilitem a manutenção das condições vigentes, a Seguradora deverá se manifestar em até 30 (trinta) dias de antecedência da data da Revisão Atuarial, para repactuar o Contrato de Seguro.

10.2.1 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante, através da emissão do respectivo Aditivo à Apólice.

10.2.2 Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ser precedida de anuênciam prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.2.3 No caso de não renovação da Apólice Mestra, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da Apólice Mestra, respeitando o período correspondente ao prêmio pago.

10.3 **Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice Mestra na data do vencimento da vigência, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.**

11. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1 Os seguros individuais vigerão enquanto a Apólice Mestra estiver em vigor, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do Certificado Individual.

11.2 A vigência dos Certificados Individuais corresponderá ao prazo da obrigação contratual a que está atrelado, e terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Certificado Individual do Seguro, e **desde que não ultrapasse o fim de vigência da Apólice Mestra.**

11.2.1 Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrato relativo às obrigações ali assumidas, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, sendo que:

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

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

11.2.2 Em caso de extinção antecipada da Obrigaçāo, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio referente ao período a decorrer.

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

12. CAPITAIS SEGURADOS / ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

12.1 Este seguro está estruturado na modalidade de **Capital Segurado Vinculado**, na qual o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação contratual assumida pelo Segurado junto ao Credor, objeto deste seguro, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste, pelo período determinado no Contrato de Seguro.

12.1.1 Será considerado para fins de indenização em caso de sinistro coberto, o valor informado pelo Estipulante à Seguradora para cada cobertura vigente na data do evento, limitado ao Capital Segurado máximo estabelecido no Contrato do Seguro.

12.1.2 No caso de contratação do seguro prestamista para obrigações assumidas por pessoas jurídicas, o Capital Segurado será limitado ao valor contratado por cada sócio participante do Seguro, independentemente da quantidade de sócios segurados.

12.1.3 Na ocorrência do Evento Coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor do Capital Segurado a ser indenizado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado, ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme o disposto na Cláusula BENEFICIÁRIOS, destas Condições Gerais.

12.2. Desde que expressamente definido nas Condições Contratuais, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado, poderão ser deduzidas do valor do Capital Segurado e, consequentemente, da indenização a ser paga em caso de Evento Coberto, desde que o sinistro ocorra no prazo de tolerância para pagamento da parcela.

12.3 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- na Cobertura Básica de Morte a data do falecimento;
- na Cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a data do acidente.

13. CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência e a cada renovação do Contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- Data do início e término do Seguro Individual do Segurado;
- Capitais Segurados de cada Cobertura;
- Valor do Prêmio Total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do Seguro pode ser:

- Não Contributário** – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.
- Contributário** – quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1** Os prêmios individuais serão pagos pelos segurados na mesma periodicidade e em conjunto com o pagamento das parcelas do Consórcio, podendo ser em parcela única ou fracionada, conforme definição nas Condições Contratuais do seguro.
- 15.1.1** Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá efetuar o pagamento de mais de uma parcela, quer seja lance, antecipação ou atraso, sendo que tais pagamentos deverão constar nas relações mensais do faturamento à ser enviado à Seguradora. Neste caso, fica garantida a Cobertura do Seguro correspondente aos prêmios recolhidos antecipadamente, **desde que não sejam relativos à quitação da Obrigação**.
- 15.1.1.1** Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do Certificado Individual do Seguro.
- 15.1.1.2** Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- 15.2** O Estipulante será responsável pelo recolhimento dos prêmios individuais e repasse à Seguradora nas datas estabelecidas nas Condições Contratuais do Seguro.
- 15.2.1** É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.
- 15.2.2** Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação relativas à sua inclusão no Seguro.
- 15.3** Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:
- 15.3.1** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do Prêmio do Seguro houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja o referido expediente.
- 15.3.2** Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora/Corretor e solicitar a emissão da 2º via do boleto bancário.
- 15.4** Nos Seguros Contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante os Prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da Apólice Mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

15.5 Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

15.5.1 Haverá devolução dos prêmios a decorrer nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

15.6 No caso de resilição total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16 ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1 **Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:**

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido na Proposta de Contratação, acarretará a suspensão imediata de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

16.1.1 Quando suspensa a cobertura do Seguro, seja da apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

16.2 **Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:**

Nestes casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

16.4 A Seguradora enviará ao Segurado, ou, se o caso, ao Estipulante, ou corretor de seguros ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, e o advertindo de que, não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga e de que após 90 (noventa) dias da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.

16.4.1 O prazo de 15 (quinze) dias se inicia com o recebimento da notificação.

16.4.2 Porém, se o Segurado, ou o Estipulante, o corretor de seguros, ou o representante, recusar o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo terá início na data da frustração da notificação.

16.4.3 A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos da apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.

16.4.4 O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.

16.4.5 O prazo para resolução do contrato somente ocorrerá em 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

16.5 Decorrido o período de tolerância para o pagamento do prêmio, a seguradora não recepcionará o prêmio em atraso e o seguro será cancelado por falta de pagamento, observando-se o disposto na cláusula acima.

17 CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

17.1 O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e que após 90 (noventa) dias de suspensão, o seguro será cancelado.

17.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação.

17.3 Ainda que seja feito o pagamento da parcela subsequente à parcela em aberto, não afastará a suspensão das garantias e o consequente cancelamento da apólice.

18 CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

18.1 O Segurado poderá desistir do Seguro contratado no prazo de 07 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado, pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

18.2 A Seguradora ou o Estipulante fornecerá ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

18.3 Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos.

18.3.1 A devolução a que se refere este será realizada pelo mesmo meio, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

19 BENEFICIÁRIOS

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

19.2 A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

19.2.1 Na falta de indicação expressa de segundo beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

19.2.1.1 É lícita a substituição do beneficiário do seguro por meio de pedido de alteração de beneficiário ou por declaração de última vontade.

19.2.1.2 A seguradora não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

20 COMUNICADO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

20.1 Ocorrendo o Sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, SOB PENA DA PERDA DO DIREITO, podendo ser pela central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

20.2 Todos os campos do aviso de sinistro, tanto no Formulário de Aviso de Sinistro quanto no Aviso eletrônico no Portal de Autoatendimento, devem ser preenchidos corretamente com as informações relacionadas à localização do segurado conforme a apólice, além de todos os dados pertinentes ao evento que está sendo comunicado.

20.2.1 O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.

20.2.2 Deverá ser encaminhada a documentação necessária de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

20.2.3 Os documentos devem ser enviados por meio do Portal de Autoatendimento e precisam ser digitalizados de forma colorida, a partir dos documentos originais e/ou suas cópias autenticadas.

20.2.4 Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.

20.2.5 Cabem, exclusivamente, à Seguradora, os procedimentos de regulação e de liquidação do sinistro, que servem respectivamente para identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os

valores devidos pela seguradora. A execução desses procedimentos não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da Seguradora.

- 20.3 A Seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolver esses procedimentos em seu lugar, cabendo, porém, **exclusivamente** à Seguradora a decisão sobre a cobertura do fato e o valor da indenização, se devida, ao Segurado ou ao beneficiário.
- 20.4 **A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.**
- 20.4.1 **A Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.**
- 20.4.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.
- 20.4.3 Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhetas) vezes o salário-mínimo vigente, **o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.**
- 20.4.4 **Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora poderá manifestar-se em prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.**
- 20.5 A recusa de cobertura será expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, **salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.**
- 20.5.1 Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.
- 20.6 **Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.**
- 20.7 O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes e, negada a cobertura, no todo ou em parte, a Seguradora entregará ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão.
- 20.8 Não é considerado comum às partes toda documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.

- 20.9** São considerados como documentos que contêm segredos de negócios aqueles que possuem informações confidenciais, não trivialmente conhecidas ou acessíveis, desenvolvidas, utilizadas ou possuídas pela Seguradora, cuja divulgação possa comprometer a integridade de seus processos decisórios e a metodologia subjacente à avaliação e gerenciamento de riscos de forma confidencial.
- 20.10** A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

21 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 21.1** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.
- 21.1.1** **A Seguradora ou o liquidante do sinistro poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.**
- 21.1.2** Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para o pagamento da indenização suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele **em que for integralmente atendida a solicitação**.
- 21.1.3** Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora poderá realizar a liquidação em prazo superior ao disposto no subitem 21.1, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.
- 21.1.4** O valor da indenização apurada será apresentado ao Segurado ou ao beneficiário de forma fundamentada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.
- 21.1.5** **Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.**
- 21.1.6** Em caso de descumprimento do prazo estipulado no subitem 21.1 desta cláusula, os valores de indenização sujeitam-se à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelo IPCA / IBGE (caso seja extinto, pelo INPC/IBGE), contados a partir da data em que a indenização ou capital segurado deveriam ter sido pagos, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.
- 21.2** **Em apurando existência de sinistro coberto e de quantias parciais a pagar, a Seguradora adiantará os respectivos valores, por conta do pagamento final, ao Segurado ou ao beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.**

22 DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DOS SINISTROS

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 20 (Comunicação e Regulação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

22.1 Para a Cobertura Básica – Morte:

Se o Evento for decorrente de Morte Natural:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento;
- e) DPS – Declaração Pessoal de saúde, com a data da contratação e assinado pelo segurado (quando houver).

Se contratação Pessoa Jurídica:

- a) Cópia do Contrato Social ou o Estatuto Social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na junta comercial; ou
- b) Ficha cadastral do empresário individual; ou
- c) Comprovante de cadastramento de microempreendedor individual

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Faturas do mês do evento e posterior.
- c) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado do Consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;

- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento.

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais – Se houver saldo remanescente:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil.
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais ;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “c”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado)
Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros) – se houver saldo remanescente.

Se o Evento for decorrente de Morte Acidental:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento.

Se contratação Pessoa Jurídica:

- a) Cópia do Contrato Social ou o Estatuto Social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na junta comercial; ou
- b) Ficha cadastral do empresário individual; ou
- c) Comprovante de cadastramento de microempreendedor individual.

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Faturas do mês do evento e posterior;
- d) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado do Consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi condutor na ocasião do acidente;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- i) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito)
Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- j) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- k) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos,

exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento.

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais – Se houver saldo remanescente:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente;
- b) CPF dos beneficiários ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros) – se houver saldo remanescente.

22.2 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento.

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Faturas do mês do evento e posterior.
- c) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado do Consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo, e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- e) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- f) Croqui do local do Acidente;
- g) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- h) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- i) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetado(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- j) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado;
- k) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza a lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
- l) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;

- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

22.3 Junta Médica

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

22.3.1 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. 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.

22.3.1.1 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.

22.4 Perícia da Seguradora

A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícia em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do sinistro nos termos destas Condições Gerais.

23 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro Individual:

- a) com a liquidação da dívida garantida pelo Seguro;
- b) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado;
- c) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
- d) por solicitação formal do Segurado, a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, mediante comunicação por escrito;
- e) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;

24 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

24.1 Além dos casos previstos em Lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários, nas seguintes hipóteses:

- 24.1.1** Provocar dolosamente o sinistro ou agir com culpa grave equiparável a dolo, ou agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria ou em conjunto com terceiros;
- 24.1.2** Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:
- Será relevante o aumento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos de tal realização;
 - Será continuado quando o ato do Segurado perdurar por minutos, horas, e ou dias, não necessitando ter sido reiterado anteriormente.
- 24.1.2.1** O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto.
- 24.1.2.2** Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio.
- Se o Segurado culposamente deixar de comunicar a Seguradora sobre agravamento relevante do risco, o Segurado fica obrigado ao pagamento da diferença do prêmio apurada;
 - Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.
- 24.1.3** Se, dolosamente deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro;
- 24.1.4** Se o segurado, o estipulante, ou seu corretor de seguros ou representante, dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação do risco e na fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

24.1.4.1 Se o descumprimento do dever de informar se der de forma culposa ocorrerá a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

24.1.4.2 Se diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto – sem pagamento de qualquer indenização securitária ou capital segurado – sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

24.1.4.3 Se ao tomar ciência do sinistro ou da iminência do seu acontecimento, com objetivo de evitar prejuízos à Seguradora o Segurado dolosamente deixar de adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024, incorrerá em perda do direito à indenização securitária ou capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

24.1.4.4 Se o descumprimento das medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024 se der culposamente, culminará em perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

24.1.5 For omissio ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros;

24.2 Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.

25 CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada antes do término de vigência, na seguinte situação:

a) Por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuênciam prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;

26 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1 Constituem obrigações do estipulante:

I - fornecer à TOKIO MARINE todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a TOKIO MARINE informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;

- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da TOKIO MARINE responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- VII - comunicar, de imediato, à TOKIO MARINE, 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;
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- XI - o estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário;
- XII - além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

26.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

- I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela TOKIO MARINE; e
- II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

27 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

-
- 27.1** A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Contratuais e as Normas do Seguro.
 - 27.2** A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

28 DISPOSIÇÕES GERAIS

-
- 28.1** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios do Seguro ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.
 - 28.2** Nos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e na Legislação Brasileira.

- 28.3** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 28.4** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br
- 28.5** As Condições Gerais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o Número de Processos constante da Apólice e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

29 PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

30 FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

31 CONCEITOS

31.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e 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 do Segurado, observando que:

Incluem-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT,

Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,

- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Gerais.**

31.2 Agravamento relevante do Risco

Ato que conduza o aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário ou da severidade dos efeitos.

31.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas ajustadas entre as partes, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

31.4 Apólice de averbação ou aberta

Apólice em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado.

31.5 Beneficiário

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

31.6 Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

31.7 Capital Segurado Vinculado

Modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigaçāo contratual a que este seguro está atrelado, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

31.8 Carência

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

31.9 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

31.10 Certificado de Seguro

Documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

31.11 Cobertura

Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos Excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.

31.12 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

31.13 Condições Gerais

São as cláusulas destinadas a estabelecer os termos e condições contratuais deste Seguro e representando os direitos e as obrigações inerentes às partes contratantes, segurado e seguradora.

31.14 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais do Contrato de Seguro, ampliando ou restringindo as Coberturas.

31.15 Condições Particulares

Cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou as Condições Especiais do Contrato de Seguro, com a finalidade de destacar, modificar ou particularizar aspectos da Cobertura do seguro, quer em relação ao Segurado, quer em relação a determinado Risco. As Condições Particulares podem aumentar ou diminuir o nível de abrangência das Coberturas contratadas.

31.16 Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários

31.17 Corretor de Seguro

O corretor de seguros configura-se como interessado na relação contratual securitária. Ele é o profissional que participa ativamente da formação do contrato, representando o segurado e intermediando a negociação com a seguradora, prestando informações fidedignas e completas para a análise do risco e repassando aos segurados os documentos e informações disponibilizadas pela seguradora, sempre que pertinente, dentro do prazo legal. Seu interesse é econômico, pelo direito à comissão, e jurídico, em razão do dever de atuar com boa-fé e lealdade na prestação de informações entre as partes da relação contratual.

31.18 Credor

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

31.19 Devedor

Aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigaçāo contratada, objeto deste Seguro.

31.20 Documentos contratuais

É a apólice de averbação, o certificado individual, e o endosso.

31.21 Doenças, lesões e acidentes Pré-Existentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do Seguro e que seja de seu conhecimento e não tenha sido declarada na Proposta de Adesão.

31.22 Endosso

Documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

31.23 Estipulante

Pessoa jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em favor do grupo segurado, ficando investida de poderes de representação destes perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor, assumindo o papel de Credor nas operações do Seguro Prestamista.

31.24 Evento Coberto

É o acontecimento futuro incerto, previsto expressamente nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

31.25 Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura do Seguro.

31.26 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos das Condições Contratuais.

31.27 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou ser incluídas no Seguro, desde que preencham os requisitos estabelecidos nas Condições Contratuais.

31.28 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado Individual da respectiva cobertura contratada.

31.29 Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

31.30 Médico Assistente

Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

31.31 Obrigação

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

31.32 Prêmio do Seguro

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

31.33 Proponente

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

31.34 Proposta de Adesão

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

31.35 Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificações, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Seguro.

31.36 Regime Financeiro de Repartição Simples

Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada, inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura, respeitados, inclusive, os riscos excluídos.

31.37 Regulação e Liquidação de Sinistro

Processos que têm, respectivamente, por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora.

31.38 Revisão Atuarial

É a data base em que a Seguradora irá realizar o recálculo do grupo segurado, visando a manutenção do equilíbrio técnico da Apólice. Havendo necessidade de reajustes, estes serão devidamente formalizados ao Estipulante para repactuação das Condições da Apólice.

31.39 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Contratuais, que não serão cobertos pelo Seguro.

31.40 Segurado

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

31.41 Saldo Devedor

É a diferença entre o valor financiado/crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação, e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do Sinistro.

31.42 Seguradora

É a empresa devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos nas Condições Contratuais.

31.43 Sinistro Coberto

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro. Sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas na apólice, ou seja, que se enquadre objetivamente na descrição da cobertura contratada, e desde que não incida qualquer hipótese de perda de direitos, riscos excluídos ou, ainda, prescrição.

31.44 SUSEP

Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

31.45 Vigência do Seguro

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.