CONDIÇÕES ESPECIAIS - MIP

SEGURO HABITACIONAL

Processo SUSEP Nº 15414.900460/2016-11 - CIA Zurich Minas Brasil Seguros S/A
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da
Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização

CLÁUSULA 1 – OBJETO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o interesse do Segurado pessoa física na quitação ou amortização do saldo devedor, até o limite do respectivo Capital Segurado, oriundo de crédito imobiliário ou linhas de crédito com garantia de imóvel, contratado junto ao Estipulante/Subestipulante, unicamente no caso de ocorrência de evento previsto no item 3 – Riscos Cobertos abaixo, observadas as Condições Gerais e as Especiais e todas as exclusões nelas e aqui previstas, e desde que a Apólice e a respectiva cobertura individual se encontrem em vigor na data de ocorrência do evento.

CLÁUSULA 2 - SEGURADOS

2.1. São Segurados as pessoas físicas aceitas pela Seguradora, na condição de vinculadas aos créditos imobiliários ou linhas de crédito com garantia de imóvel, contratados com o Estipulante/Subestipulante, e cuja soma da idade, em anos completos na data da respectiva inclusão da Apólice, com o prazo da operação contratada, não ultrapasse os 80 (oitenta) anos e 6 (seis) meses, obedecidas as normas de subscrição da Seguradora.

2.1.1. Não caberá a limitação prevista aos instrumentos contratuais firmados por pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, até o limite de 3% (três por cento) do número de unidades integrantes de programas de créditos imobiliários públicos ou subsidiados com recursos públicos. Podendo a seguradora, a seu critério, ampliar este beneficio.

2.2. Não são admitidos como Segurados:

a) Os componentes da renda familiar, não financiados.

b) As pessoas físicas, na qualidade de fiadores ou garantidores, ainda que solidários das obrigações assumidas pelo Segurado.

c) Os cessionários de direitos decorrentes de crédito imobiliário, sem anuência expressa do Estipulante/Subestipulante, formalizada em instrumento de sub-rogação de dívida.

CLÁUSULA 3 – RISCOS Cobertos

3.1. Cobertura de Morte: é a garantia do pagamento do saldo devedor, ao beneficiário do seguro, no caso de morte por causas naturais ou acidentais, observadas as Condições Gerais e Especiais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.1.1. Considera-se como morte por causas naturais a decorrente de doença desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.1.2. Considera-se como morte por causas acidentais a decorrente de acidente pessoal conforme descrito no subitem 3.2.

3.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a garantia de pagamento do saldo devedor, ao beneficiário do seguro, na ocorrência da perda ou impotência funcional total e definitiva do Segurado, de membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2.1. Para fins deste Seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente, aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade para a atividade laborativa principal do segurado.

3.2.2. No caso de Invalidez Permanente Total, decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao beneficiário, de uma só vez, o respectivo saldo devedor.

3.2.3. Para as coberturas definidas no subitem 3.1 e 3.2 considera-se como Acidente Pessoal, o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 02 (dois) anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:
b.1) 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 cobertos;
b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
b.3) 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: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
b.4) 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, definido nesta cláusula.

3.3. Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): é o evento que possibilita a antecipação de 100% (cem por cento) da indenização relativa à cobertura de Morte, em caso de invalidez laborativa permanente e total, consequente de doença, observado o estabelecido nestas Condições Especiais e nas Condições Gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.3.1.Considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da invalidez.

3.3.2.Após o pagamento do Capital Segurado, conforme previsto nestas Condições Especiais, o Segurado será imediatamente e automaticamente excluído da Apólice, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

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

3.3.4. Para fins desta cobertura, entende-se que a indenização a que o Segurado fará jus, considerando como Risco Coberto, por meio da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, somente será devida no caso em que o próprio Segurado seja considerado INVÁLIDO DE FORMA DEFINITIVA E PERMANENTE POR CONSEQÜÊNCIA DE DOENÇA, que o impeça de desenvolver definitivamente sua atividade laborativa principal e que pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, desde que a data do início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença caracterizada seja posterior à data de sua inclusão no seguro, e enquanto houver sua permanência contratual.

3.3.5. Desde que efetivamente comprovada e paga a indenização de invalidez de Doença, o Segurado será excluído do seguro, em caráter definitivo, não cabendo o direito de nenhuma outra indenização futura ao mesmo Segurado.

3.3.6. A Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu o estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

3.4. Considerações gerais:

3.4.1. 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.

3.4.2. Nos casos em que o segurado se encontrar em gozo de benefício previdenciário de invalidez considerar-se-á coberto apenas o risco de morte.

3.4.3. Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nessas Condições Contratuais. Considera-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.4.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez

Laborativa Permanente Total por Doença.

CLÁUSULA 4 - Acúmulo de Indenização

4.1. As indenizações pelas coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, não se acumulam.

CLÁUSULA 5 – VIGÊNCIA INDIVIDUAL

5.1. Não obstante ao definido na cláusula 7ª das Condições Gerais, a vigência individual, pode ser assim resumida:

5.1.1. Início de Vigência da Cobertura Individual para Segurados Novos:

5.1.1.1. A cobertura securitária individual terá início na data de: i) assinatura do contrato de crédito imobiliário; ii) assinatura do instrumento de cessão do crédito; iii) assinatura da DPS (Declaração Pessoal de Saúde), quando aplicável; iv) liberação do recurso tomado em favor do devedor segurado ou v) inclusão do segurado na planilha de envio de dados magnéticos encaminhada pelo Estipulante e/ou Subestipulante para faturamento à Seguradora, o que ocorrer por último, desde que os dados do segurado constem na planilha de dados magnéticos encaminhada pelo Estipulante e/ou Subestipulante para faturamento à Seguradora, no mês subsequente ao da ocorrência de um dos eventos acima citados, estando à apólice vigente.

5.1.1.1.1. Caso o Estipulante e/ou Subestipulante inclua(m) os dados do segurado na planilha de dados magnéticos após o prazo acima fixado, a cobertura securitária individual terá início na data do envio dos dados do segurado na referida planilha, desde que o prazo estipulado na clausula 5.1.1.1. e o envio da referida planilha não seja superior a 90 dias, ficando o Estipulante e/ou Sub-estipulante responsável (eis) por toda e qualquer indenização decorrente de prejuízo que o segurado vier a sofrer em data anterior ao envio dos dados, ou seja, anterior ao início de vigência individual.

5.1.1.1.2 A tolerância de 90 dias para a providência de inclusão do segurado na apólice, não acarreta cobertura securitária retroativa para risco individual, a cobertura securitária SOMENTE TEM INÍCIO com a efetiva inclusão do devedor na planilha de dados, enviada à seguradora para o devido processamento, desde que tenha sido aceito o risco pela Seguradora.

5.1.1.1.3. Nos casos que o segurado não constar na planilha de dados magnéticos até o terceiro mês subsequente ao mês da assinatura do contrato de crédito imobiliário; assinatura do instrumento de cessão do crédito; assinatura da DPS (Declaração Pessoal de Saúde), quando aplicável; liberação do recurso tomado em favor do devedor segurado, o que ocorrer por último, estando à apólice vigente, este não será incluído na apólice, ou seja, não haverá cobertura securitária em caso de sinistro, ficando o Estipulante e/ou Sub-estipulante responsável (eis) de forma integral por qualquer indenização.

5.1.1.1.4. Nos casos em que o segurado que preencheu a DPS (Declaração Pessoal de Saúde) não constar na planilha de dados magnéticos até o terceiro mês subsequente a assinatura da DPS, esta DPS para fins de cobertura securitária será considerada sem efeito em caso de sinistro, sendo necessário novo preenchimento de DPS por parte do segurado, com data ajustada ao início da vigência da cobertura securitária individual, a qual terá início na data do envio dos dados do Segurado pelo Estipulante e/ou Subestipulante na planilha de dados magnéticos.

5.1.2. Início de Vigência da Cobertura Individual para Segurados Originários de Apólices em Migração:

5.1.2.1. A cobertura securitária individual terá início quando do envio dos dados do segurado na planilha de dados magnéticos encaminhada pelo Estipulante e/ou Subestipulante para faturamento junto a Seguradora, a qual deverá se dar no mês imediatamente subsequente ao último mês de vigência na seguradora congênere anterior.

5.1.2.1.1. Para cálculo da cobertura do prazo de pré-existência de doença para os segurados originários de apólice em migração, se levará em consideração o tempo do início de vigência do Segurado na apólice do Sub-Estipulante/Subestipulante na seguradora congênere anterior, que comprovada a transferência da totalidade da base de devedores da referida seguradora para esta apólice, através do envio da cópia da apólice anterior (fatura quitada) conjuntamente a relação dos devedores segurados na mesma, ambas do mês imediatamente anterior ao inicio de vigência desta apólice.

5.2. Para qualquer das opções acima de contratação, somente haverá cobertura securitária para sinistros com data de ocorrência posterior a data de preenchimento da proposta de seguro pelo Estipulante e/ou Subestipulante e efetiva emissão da apólice.

5.2.1. A tolerância de 90 dias para a providência de inclusão do segurado na apólice, não acarreta cobertura securitária retroativa para risco individual, a cobertura securitária SOMENTE TEM INÍCIO com a efetiva inclusão do devedor na planilha de dados, enviada à seguradora para o devido processamento, desde que tenha sido aceito o risco pela Seguradora.

CLÁUSULA 6 - Riscos Excluídos

6.1. Em complemento ao item 9 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, estas Condições Especiais não responderão pelos eventos que se veri?carem 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, sendo que para cobertura de morte esta exclusão não aplica após 2 (dois) anos do inicio de vigência do risco individual.

b) Da tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou de sua recondução depois de suspenso, contados:

(i) Do início de vigência individual do seguro.

c) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo bene?ciário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

d) Doenças causadas intencionalmente pelo próprio Segurado.

e) Intervenções médicas ou de tratamentos com drogas ou materiais experimentais, qualquer que seja a fase de desenvolvimento destes.

f) Condução de veículo sem a adequada habilitação.

g) Descumprimento da legislação vigente.

h) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando- se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

i) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, sendo que para cobertura de morte esta exclusão não aplica após 2 (dois) anos do inicio de vigência do risco individual, ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante/Subestipulante. Nesta ultima hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado; bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro.

j) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

k) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.

Excluem-se ainda da Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente:

a) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

b) Viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados, desde que seja de conhecimento prévio comprovado do Segurado.

c) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

d) Mutilação voluntária exceto em caso de tentativa de suicídio após os 2 (dois) primeiros anos de vigência.

e) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.

f) Acidente Vascular Cerebral.

g) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem,consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

h) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto.

i) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

Excluem-se ainda da Garantia de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença:
a) A perda, a redução ou a impotência funcional de?nitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal.
b) Quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não determinem a incapacidade permanente total para o exercício da Atividade Laborativa Principal do segurado.
c) Doenças agravadas por traumatismos.

CLÁUSULA 7 - Capital Segurado
7.1. O capital segurado corresponderá, a cada mês, ao valor do saldo devedor do crédito imobiliário do imóvel, considerando pagas todas as prestações vencidas e considerando todas as movimentações mensais ocorridas no contrato de crédito imobiliário.
7.1.1. O valor máximo de indenização devida, respeitando os limites estabelecidos, corresponderá ao saldo devedor do crédito imobiliário na data do evento, considerando pagas todas as prestações vencidas, inclusive aquelas em atraso.
7.1.1.1. Fica definido que a SEGURADORA não indenizará, em nenhuma hipótese, valor superior ao saldo devedor do crédito imobiliário na data do evento, mesmo que o capital segurado informado pelo ESTIPULANTE/SUB-ESTIPULANTE no faturamento seja superior ao mesmo. Nesta situação, fica estabelecido que a SEGURADORA restituirá ao ESTIPULANTE/SUB-ESTIPULANTE o prêmio pago a maior, bem como será ressarcida dos respectivos carregamentos comerciais decorrentes da contratação deste Seguro.
7.1.2. Em caso de o capital segurado individual ultrapassar o montante de:
Até 65 anos = R$ 4.000.000,00 (considerando todo o saldo devedor de cada CPF junto a Seguradora)
De 66 a 75 anos = R$ 2.500.000,00 (considerando todo o saldo devedor de cada CPF junto a Seguradora)
Acima de 75 anos = R$ 1.000.000,00 (considerando todo o saldo devedor de cada CPF junto a Seguradora)
Deverá ser preenchida pelo devedor, de próprio punho, e encaminhada a Seguradora uma DPS (Declaração Pessoal de Saúde), para análise e deliberação quanto a aceitação ou recusa do risco pela seguradora.
7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação do sinistro:
7.2.1. Para a cobertura de Morte: a data do falecimento.
7.2.2. Para as coberturas de Acidentes Pessoais: a data do acidente.
7.2.3. Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença: a data do respectivo atestado, por médico que esteja assistindo ao Segurado, e na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
7.3. Sem prejuízo no disposto do item 7.1, um mesmo segurado poderá adquirir mais de um imóvel.

CLÁUSULA 8 - Pagamento de Prêmio
8.1. O valor do prêmio será calculado pela aplicação de taxa única sobre o Saldo Devedor correspondente ao percentual da parcela contratada por cada Segurado sujeito às definições previstas na Cláusula 11 – Reenquadramento das taxas.
8.2. Quando há mais de um Segurado da mesma unidade financiada, o prêmio é pago de forma proporcional à participação de cada Segurado conforme expresso no contrato de crédito imobiliário.
8.3. Para garantir seu direito à cobertura, o Estipulante/Subestipulante deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de seu vencimento.
8.4. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Estipulante/Subestipulante poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
8.5. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
CLÁUSULA 9 - Regime Financeiro

9.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, e, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao Estipulante/Subestipulante, ao Segurado ou ao Beneficiário, para os riscos cobertos.

CLÁUSULA 10 -TAXAS

10.1. As taxas para o cálculo dos prêmios mensais, referentes ao conjunto de coberturas de Morte e Invalidez Permanente (MIP), são as indicadas na Especificação da Apólice.

10.1.1. A taxa aplicada será de acordo com o saldo devedor mensal de cada segurado, considerando o somatório dos saldos devedores dos imóveis adquiridos pelo mesmo.

10.2. Conforme legislação em vigor as taxas constantes na apólice já se encontram acrescidas de IOF (imposto sobre Operações Financeiras).

CLÁUSULA 11 - Reenquadramento das Taxas

11.1. Em qualquer período sucessivo de 12 (doze) meses de cobertura, haverá análise da sinistralidade e reenquadramento das taxas em função de possível desequilíbrio atuarial da apólice, o qual será aplicado somente aos novos contratos a partir desta avaliação, que se dará conforme os índices e condições pactuados nas condições particulares de cada apólice.

CLÁUSULA 12 - Relação de Documentos Necessários em Caso de Sinistro

12.1. Em caso de qualquer dos eventos cobertos por estas Condições Especiais, o Segurado através do Estipulante/Subestipulante deverá tomar as seguintes providências relativas à documentação.

12.1.1. Documentação para a cobertura de Morte (por causas naturais):

a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo Estipulante/Subestipulante.
b) Cópia da Certidão de óbito do Segurado .
c) Cópia do Contrato de crédito imobiliário e seus aditivos.
d) Cópia do RG e do CPF do Segurado.
e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado.
f) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado.
g) Cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante.
h) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do crédito imobiliário desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação.
i) Extrato atualizado do crédito imobiliário contendo o saldo devedor na data do acidente.
j) Carta do Beneficiário/ Sub Estipulante/Subestipulante informando o valor do débito na data do sinistro, trazido a valor presente desonerado de juros futuros. Segurados Pessoa Jurídica (Ltda. ou S/A), além dos documentos acima, encaminhar cópia do contrato social.

12.1.2.Documentação para a cobertura de Morte (por causas acidentais):

a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo Estipulante/Subestipulante.
b) Cópia da certidão de óbito do Segurado.
c) Cópia do Contrato de crédito imobiliário e seus aditivos.
d) Cópia do RG e do CPF do Segurado.
e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado.
f) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado.
g) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível.
h) Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o Segurado for o piloto.
i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor.
j) Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio ou de afogamento.
k) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do acidente, termos de depoimento de testemunhas e relatório do delegado, se houver, nos casos de homicídios.
l) Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML).
m) Cópia 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).
n) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do contrato de crédito imobiliário desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação.

o) Extrato atualizado do contrato de crédito imobiliário contendo o saldo devedor na data do acidente.
p) Carta do Beneficiário/ Sub Estipulante/Subestipulante informando o valor do débito na data do sinistro, trazido a valor presente desonerado de juros futuros. Segurados Pessoa Jurídica (Ltda. ou S/A), além dos documentos acima, encaminhar cópia do contrato social

12.1.3.Documentação para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

a) Formulário de "aviso de sinistro" assinado pelo Estipulante/Subestipulante.
b) Cópia do RG e do CPF do Segurado.
c) Cópia do Contrato de crédito imobiliário e seus aditivos.
d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado.
e) Cópia da declaração médica, comprovando a invalidez permanente.
f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), no caso de acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor.
g) Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho.
h) Cópias 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).
i) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia).
j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO) ou da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se cabível.
k) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado.
l) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do contrato de crédito imobiliário desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação.
m) Descrição detalhada do acidente (caso não haja BO e/ou CAT).
n) Extrato atualizado do contrato de crédito imobiliário contendo o saldo devedor na data do acidente.
o) Carta do Beneficiário/ Sub Estipulante/Subestipulante informando o valor do débito na data do sinistro, trazido a valor presente desonerado de juros futuros. Segurados Pessoa Jurídica (Ltda. ou S/A), além dos documentos acima, encaminhar cópia do contrato social.

12.1.4. Documentação para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

a) Formulário "aviso de sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante/Subestipulante e pelo médico assistente, declarando as condições de saúde do Segurado e retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
b) Cópia do RG e do CPF do Segurado.
c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado.
d) Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver).
e) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado (utilizar o formulário de Declaração Médica de Invalidez por Doença), contendo:
(i) A indicação da data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (data do sinistro).
(ii) Indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada.
f) Cópia completa da Carteira Profissional de Trabalho do Segurado (de capa a capa).
g) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do contrato de crédito imobiliário desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação.
h) Cópia do Contrato de crédito imobiliário e seus aditivos.
i) Extrato atualizado do contrato de crédito imobiliário contendo o saldo devedor na data do acidente.
k) Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados que comprovem satisfatoriamente a incapacidade permanente total do Segurado para o exercício de sua Atividade Laborativa Principal.
l) 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 e irreversível, nas condições previstas no item anterior.

12.2. A partir da entrega, por parte do Estipulante/Subestipulante, de todos os documentos básicos previstos, a Seguradora terá um prazo máximo de 15 (quinze) dias para liquidação do sinistro.
12.3. A Sociedade Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 12,

mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 15 (quinze) dias de que trata o item 12.2 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
12.4. Serão considerados como pendentes, com a contagem de prazo para pagamento suspensa, os processos de sinistro com documentação incompleta, até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido, em caso de dúvida fundada e justificável, quando a contagem do prazo será reiniciada.

CLÁUSULA 13 – LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DO SINISTRO

13.1. Em complemento ao item 25 – Liquidação e Indenização do Sinistro, das Condições Gerais, a indenização devida por esta garantia corresponderá ao saldo devedor do Segurado, considerando-se como tendo sido pagos todos os compromissos devidos à Seguradora até o dia anterior à data do sinistro.
13.1.1. Considera-se para fins de liquidação do sinistro o saldo devedor do segurado, no mês do sinistro, correspondendo este ao montante que seria pago pelo mesmo em caso de quitação antecipada da dívida integral de seu contrato, ou seja, o saldo devedor do contrato de dívida, na data do sinistro, após aplicação de deságio (exclusão de juros futuros ou por atraso e correção monetária projetada, ou seja, o custo do dinheiro).
13.1.2. A Seguradora não se responsabilizará por qualquer indenização superior ao limite contratado por segurado.
13.1.3. Ratificando o disposto na cláusula 7.1.1.1, fica definido que a SEGURADORA não indenizará, em nenhuma hipótese, valor superior ao saldo devedor do crédito imobiliário na data do evento, mesmo que o capital segurado informado pelo ESTIPULANTE/SUB-ESTIPULANTE no faturamento seja superior ao mesmo. Nesta situação, fica estabelecido que a SEGURADORA restituirá ao ESTIPULANTE/SUB-ESTIPULANTE o prêmio pago a maior, bem como será ressarcida dos respectivos carregamentos comerciais decorrentes da contratação deste Seguro.
13.2. Quando houver mais de um adquirente na mesma unidade imobiliária, inclusive marido e mulher, casados em comunhão de bens ou não, a indenização será proporcional à responsabilidade de cada um, declarada em (percentual)% para cada parte e registrada de forma explicita no respectivo contrato de crédito imobiliário, ou documento equivalente, limitado ao valor informado na planilha de importação do mês do sinistro, de cada segurado.
13.2.2. Nenhuma indenização será devida ao simples componente da renda familiar não financiado, na hipótese de seu falecimento ou de sua invalidez.
13.2.3. Uma vez paga a indenização na forma estabelecida nestas Condições Especiais, a cobertura do seguro subsistirá em relação aos demais adquirentes expressos no respectivo contrato de crédito imobiliário, pelo exato valor do saldo da dívida remanescente.
13.3. Para a determinação do saldo devedor, considera-se, na data do sinistro, o valor informado mensalmente pelo Estipulante/Subestipulante para o cálculo do prêmio, conforme o subitem 12.2 .2 do item 12 – Averbações e Contas Mensais, das Condições Gerais, comprovado pelo contrato de crédito imobiliário e pela planilha de cálculo do saldo devedor fornecidos pelo Estipulante/Subestipulante, observado o limite fixado para esta cobertura.
13.3.1. O eventual atraso no pagamento das prestações amortizantes ao Estipulante/Subestipulante não prejudicará as coberturas.
13.4. A indenização será expressa em reais, calculada à data da ocorrência do sinistro.
13.5. 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 contestação, a constituição de uma junta médica.

13.5.1. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
13.5.2. 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.
13.5.3. 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.
13.5.4. A recusa do Segurado para a realização de 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.

13.6. A Sociedade Seguradora se reserva do direito de submeter o Segurado a exames realizados por médico de sua indicação, às expensas da Seguradora, para constatar:
13.7.1. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente: perícia médica para a confirmação da permanência da invalidez.
13.7.2. Em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença: perícia médica para a confirmação da patologia que caracterize a invalidez.
13.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Sociedade Seguradora.
13.8. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Sociedade Seguradora a ter acesso 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.
13.9. Em caso de sinistro de segurado que seja sócio em sociedade por cota de responsabilidade limitada, a indenização será efetuada na mesma proporção em que o Segurado participe no capital social da empresa.

13.9.1. No caso de sinistro envolvendo um dos sócios, a Seguradora quitará junto ao titular do crédito, o valor equivalente a sua participação na empresa devedora no momento do sinistro, ficando o restante das parcelas do plano sobre inteira responsabilidade da empresa devedora.
13.10. Em caso de sinistro de Segurado que participe de sociedade anônima, somente um Segurado poderá ser indicado, se assim o estatuto deliberar, e será considerado o valor constante nas Averbações, desde que o Segurado tenha sido indicado pela empresa, para a cobertura do seguro, por ocasião da contratação do mesmo.
13.11. Para efeito de indenização e liquidação de sinistro, a responsabilidade da Seguradora ficará limitada ao percentual de responsabilidade constante no contrato de crédito imobiliário, quando este apresentar esta divisão.

13.11.1. Caso não esteja explicitado no contrato de crédito imobiliário o percentual de responsabilidade das partes devedoras, a Seguradora indenizará o sinistro conforme definido previamente pelo Estipulante/Subestipulante no momento da Averbação.
13.12. As indenizações serão realizadas sob a forma de pagamento único.

CLÁUSULA 14 – BENEFICIÁRIO

14.1. O beneficiário deste seguro é quem recebe a indenização, em caso de sinistro, na condição de credor dos Segurados que com ele contratem crédito imobiliário.
14.1.1. É vedada a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade do segurado, salvo se houver mudança do financiador/credor.

CLÁUSULA 15 – INFORMAÇÕES GERAIS

15.1. Para as coberturas de MIP, faculta-se o estabelecimento de prazo de carência, limitado ao período máximo de 12 (doze) meses, nos casos de alterações concernentes à composição de renda para fins de seguro.

15.1.1. A contagem do prazo de carência a que se refere o item 15.1 inicia-se na data de recebimento pela seguradora da comunicação de cada alteração referida.
15.1.1.1. Independente do disposto no item 15.1.1, não será considerado qualquer prazo de carência para sinistros decorrentes dos riscos de MIP resultantes de acidente pessoal.
15.2. Este contrato obriga as partes e seus sucessores a qualquer título, não podendo as partes ceder os direitos ou obrigações constantes do presente instrumento sem a prévia e expressa autorização da outra parte.

15.2.1. Qualquer aditamento ao presente instrumento somente será válido se feito mediante aditivo devidamente assinado e ratificado pelas partes, não se aceitando, para alteração do ora avençado, comunicações, por qualquer meio.

CLÁUSULA 16 – RATIFICAÇÃO

16.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.