

Caro (a) Segurado (a),

Parabéns! Você acaba de adquirir um produto com a qualidade **Indiana Seguros**, desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades de proteção a um preço justo.

O **Seguro Indiana Proteção Financeira** lhe proporciona tranquilidade quanto ao compromisso financeiro que assumiu, auxiliando-o em caso de perda de emprego ou de incapacidade temporária por acidente ou doença, garantindo a quitação do seu financiamento em caso de seu falecimento ou de sua invalidez permanente total por acidente.

Leia atentamente estas Condições Gerais para saber mais sobre as vantagens do seu novo seguro.

Para aviso de sinistros e obtenção de informações sobre sua apólice, você pode dispor da nossa **Central de Atendimento**.

Os telefones para contato constam do nosso site na Internet: www.indiana.com.br.

A **Indiana Seguros S/A** garante a você o ingresso num dos melhores planos de seguro de Vida do mercado, assegurando proteção financeira ao seu contrato.

Obrigado por escolher a Indiana Seguros.

E seja muito bem-vindo à sua conquista mais segura!

Marcos Machini

Vice-Presidente Comercial



ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS - INDIANA SEGURO DE VIDA DO PRODUTOR RURAL	4
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	4
CLÁUSULAS E CONDIÇÕES	8
1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO	8
2. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	8
3. OBJETIVO.....	8
4. CONCEITO DAS COBERTURAS	8
5. RISCOS EXCLUÍDOS	9
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	10
8. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	11
9. CARÊNCIA.....	11
10. FRANQUIA.....	12
11. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S).....	12
12. CAPITAL SEGURADO.....	12
13. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS.....	13
14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	13
15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	13
16. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO	13
17. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS	13
18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
19. PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
20. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANUAL.....	14
21. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	15
22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	15
23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	15
24. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	16
25. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	17

26.	OUTRAS OBRIGAÇÕES DO CREDOR	18
27.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	18
28.	TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	18
29.	RATIFICAÇÃO.....	19
30.	PRESCRIÇÃO.....	19
31.	FORO.....	19
32.	DISPOSIÇÕES FINAIS.....	19
	IMPORTANTE.....	19

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

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 independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, nesse conceito:

a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, 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 de 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 coberto;

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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas, como invalidez previdenciária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Agravamento do Risco: É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Agravo Mórbido: Piora de uma doença.

Alienação Mental: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alterações completas da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do Contrato de Seguro celebrado entre a Seguradora e o Segurado, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelas Condições Especiais e Particulares. A Apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de Seguro.

Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Aviso de Sinistro: Comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais.

Beneficiários: São as pessoas que, em decorrência de sinistro coberto, farão jus ao recebimento do valor do Capital Segurado. O primeiro Beneficiário será sempre a Instituição de Crédito, no valor correspondente à eventual dívida do

Segurado Prestamista existente à época do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado. O valor remanescente, se houver, será pago, no caso de morte, ao (s) Beneficiário (s) indicado (s) pelo mesmo, e, no caso das coberturas de invalidez permanente e total por acidente; incapacidade temporária por acidente (IT-A); incapacidade temporária por doença (IT-D) e; perda involuntária de emprego, ao próprio Segurado Prestamista, sempre obedecido o valor do Capital Segurado.

Capital Segurado: Valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do Capital ou da sua recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Certificado Individual de Seguro: Documento destinado ao Segurado, comprovador de sua inclusão no seguro, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

Cognição: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais endossos e do certificado individual do seguro.

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

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários em relação a este seguro.

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

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

Contrato de Seguro: É o instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano de seguro e fixa os direitos e obrigações das partes.

Corretor de Seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração Pessoal de Saúde: É o documento formal e legal, incluso na Proposta de Contratação, em que o Proponente do seguro presta informações sobre as suas condições de saúde.

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

Deambular: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

Declaração de Saúde e Atividades (DSA): É o documento formal e legal, incluso na Proposta de Contratação, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

Deficiência visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão a seguir do considerado normal.

Disfunção imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Distúrbios cognitivos: Distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

Doença crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença crônica de caráter progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença crônica em atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença do trabalho: Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

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

Doença profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Doenças, Lesões e Acidentes preexistentes: São os acidentes sofridos e os sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo Segurado antes da contratação do seguro, e que sejam de seu conhecimento.

Endosso: Documento emitido pela Seguradora, acessório ao Contrato de Seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do Contrato de Seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do Contrato.

Estados conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Credor: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Credor-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Credor-averbador quando não participar do custeio.

Etiologia: Causa de cada doença.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias 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.

Franquia: É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, correspondente a um período em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica ou por perda involuntária do vínculo empregatício, e durante o qual o Segurado não terá direito à indenização do seguro para qualquer evento.

Fatores de risco e morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Grupo segurado – É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo segurável – É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que, através de contrato específico, tenham contraído dívida junto ao Credor que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

Hígido: Saudável.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva garantia contratada.

Invalidez Permanente: É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

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

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, sendo que não serão assim considerados, para efeitos deste seguro, o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina.

Plano: É o grupo de garantias diferenciadas estabelecidas na Cláusula 3 destas Condições Gerais.

Prêmio: Valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, o que não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e

termo de uma doença.

Proponente: Pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Contratação: Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção em aderir à contratação, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Quadro clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Relações existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Renda: É a série de pagamentos periódicos devidos ao (s) Beneficiário (s) ou ao próprio Segurado.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais que não serão cobertos pelo presente Contrato de Seguro.

Segurado: É o proponente (pessoa física) sobre o qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Prestamista: É a pessoa física que, através de contrato específico, tenha contraído dívida junto a Instituição de Crédito e que tenha sido regularmente aceita e incluída no seguro.

Seguradora: É a empresa que assume os riscos inerentes às garantias deste Contrato de Seguro, nos termos da legislação vigente, nas Condições Gerais deste Contrato e demais normas aplicadas ao setor.

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

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

Sinistro: Ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, durante a vigência do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados: Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

CLÁUSULAS E CONDIÇÕES

1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO

As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé e também de exatidão e veracidade.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

3. OBJETIVO

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir a amortização de eventual dívida contraída pelo Segurado, oriundas de operações de crédito rural contratadas junto ao Credor, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas das cláusulas a seguir, quando contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e ainda, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

As coberturas deste seguro dividem-se em:

- Morte
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

O Segurado deverá informar na Proposta de Contratação quais garantias pretende contratar.

3.2. A descrição e as normas das garantias adicionais estão reguladas nas respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

4. CONCEITO DAS COBERTURAS

4.1. Cobertura de Morte Natural ou Acidental: Quando contratada, garante ao Credor o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, atualizado de acordo com o saldo devedor, na ocorrência de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

4.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): Quando contratada, garante ao Credor o pagamento de uma indenização, quando ocorrer a invalidez permanente total por acidente do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

4.2.1. Para fins de seguro, entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional total, conforme estabelecido na tabela a seguir, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente 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:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% Sobre Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias previstas neste Contrato de Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) Ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrente exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) Doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado Prestamista;**
- d) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e.1) este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;**
- f) Danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- g) Prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal; e**
- h) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte.**

5.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente total por acidente:

- a) As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente; as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- c) O parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- d) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- e) O choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- f) 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 sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal; e**
- g) Indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais.**

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. Poderá ser incluído no seguro, todo proponente, pessoa (s) física (s) mediante assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Contratação e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise

dos riscos seguráveis.

6.2. O início de vigência da cobertura será a data estabelecida na Proposta de Contratação e na Apólice.

6.3. Quando a Seguradora receber a Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada, terá início um período de no máximo 15 (quinze) dias, para avaliação do risco do seguro.

6.3.1. Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as seguintes condições:

- a) Estar em boas condições de saúde;
- b) Estar em plena atividade de trabalho ou aposentado por tempo de serviço;
- c) Ter mais de 14 (quatorze) anos e no máximo 80 (oitenta) anos somando a idade na data de início do seguro e o prazo da dívida;
- d) A somatória da idade na data do início da vigência individual do Segurado com o maior prazo para quitação da obrigação assumida pelo Segurado não ultrapassar os limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice.

6.3.2. Satisfeitas as condições do subitem anterior, será emitida a Apólice de Seguro do Segurado.

6.4. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) ficará suspenso, voltando a ser contado a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.4.1. Vencido o referido prazo sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

6.5. Se a Seguradora recusar a Proposta de Contratação do Proponente, este será comunicado por escrito, através de carta, informando os motivos da não-aceitação.

6.5.1. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento passará a ser devido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao Proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesses casos, o Proponente terá garantida a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

7.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da (s) data (s) definida nas Condições Contratuais.

7.2. Quando o seguro for contratado na mesma data da contratação da operação de crédito rural, o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro ou da data de liberação do crédito, conforme definido no contrato de seguro, até a data de término da operação de crédito.

7.2.1. Nas propostas de seguros recebidas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de contratação do seguro.

7.3. Quando o seguro for contratado em data posterior à contratação da operação de crédito rural o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro até a data de término da operação de crédito

7.4. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

7.5. As renovações deverão ser feitas pelo Credor, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento original da respectiva operação de crédito rural.

7.6. Os casos de renegociação da operação de crédito rural, deverão ser comunicados imediatamente, por meio de nova proposta de Contratação, sujeitos à análise da aceitação da seguradora, por meio de nova contratação e o recebimento do prêmio devido.

7.7. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

8. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. Somente poderão ser incluídos no Seguro as pessoas que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

- a) Estiverem em plena atividade profissional/ laborativa e em boas condições de saúde; e
- b) A somatória da idade, na data do início da vigência individual do Segurado, com o maior prazo para quitação da obrigação assumida pelo Segurado, não ultrapasse os limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice.

8.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para avaliar a Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.3. A inclusão dos proponentes no contrato de seguro se fará mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação que, sob pena ser declinado o risco, deverá conter:

- a) Dados pessoais;
- b) CPF e, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
- c) Declaração ou prova de saúde;
- d) Declaração de conhecimento prévio das condições gerais do presente contrato.

8.3.1. A Proposta de Contratação será recepcionada pela Seguradora sob protocolo, com indicação da data e hora de seu recebimento. Com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos.

8.3.2. É facultado à Seguradora solicitar informação ao Segurado ou ao proponente, para efeito de subscrição, da existência de outros contratos de seguro de pessoas com coberturas concomitantes e relacionadas à mesma dívida.

8.4. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente informações complementares para avaliação do risco, dentro do prazo de 15 (quinze) dias.

8.4.1 Uma vez solicitada documentação complementar, o referido prazo para a aceitação ou recusa será suspenso e a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega dos documentos solicitados.

8.4.2 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, será feita apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

8.4.3 A não-aceitação da Proposta de Contratação por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados pelo índice estabelecido no contrato, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, conforme legislação vigente.

8.5. Os aposentados, desde que não tenham sido por invalidez, podem ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o Credor, seus respectivos prêmios.

8.6. Somente podem ser incluídas no seguro as pessoas que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual, por motivo de doença ou acidente.

9. CARÊNCIA

9.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

9.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

9.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

9.4. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência

10. FRANQUIA

10.1. Não há franquia para estas coberturas.

11. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

11.1. Em caso de morte natural ou acidental ou a invalidez permanente total por acidente, o primeiro Beneficiário será sempre o Credor, até o limite do valor do saldo devedor da operação de crédito rural especificada na proposta na data do pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

11.2. Caso haja saldo devedor da operação de crédito rural entre a indenização realizada junto ao Credor e o valor do Capital Segurado, este valor será pago ao (s) segundo (s) Beneficiário (s) indicado (s) pelo Segurado.

11.2.1 É facultado ao Segurado indicar livremente o (s) segundo (s) Beneficiário (s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação do (s) segundo (s) Beneficiário (s), será aplicado, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro:

Art. 792

“Na falta de indicação de pessoa ou de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

11.2.2 Para fins do previsto no subitem 11.2.1, a (o) companheira (o) será equiparada (o) à (ao) esposa (o), nos casos admitidos pela lei civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro:

Art. 793

“É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.”

11.2.3 O Segurado poderá, em qualquer época, substituir seu (s) segundo (s) Beneficiário (s), mediante manifestação escrita.

11.2.4 Caso o Segurado não de ciência à Seguradora da substituição de seu (s) segundo (s) Beneficiário (s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará, pagando o saldo remanescente do Capital Segurado ao (s) antigo (s) segundo (s) Beneficiário (s).

11.2.5 No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente prevista nestas Condições Gerais, o segundo Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1. O capital segurado será estabelecido na proposta de contratação e constarão da apólice de seguro, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

12.2. O capital segurado está diretamente ligado ao valor da dívida ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Credor.

12.3. Para fins de indenização serão pagos, de forma única, os valores estabelecidos para cada cobertura contratada vigente na data do evento.

12.4. A modalidade de capital segurado, será determinada nas condições contratuais do seguro, podendo ser:

12.4.1 Saldo Devedor: O capital segurado corresponderá durante toda a vigência do seguro ao saldo devedor da operação de crédito, financiamento, arrendamento mercantil ou outra operação de crédito contratado pelo Segurado junto ao Credor.

12.4.2 Capital Total Constante: O capital segurado corresponderá durante toda a vigência do seguro ao valor inicial da operação de crédito, financiamento, arrendamento mercantil ou outra operação de crédito contratado pelo Segurado junto ao Credor.

12.5. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

12.5.1 Para a cobertura de morte, a data do óbito.

12.5.2 Para a cobertura de invalidez permanente total por acidente, a data do acidente.

13. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS

13.1. No caso de transferência de dívida de um Segurado para outra pessoa, este novo devedor, para ser incluído no seguro, deverá atender ao disposto em todos os itens destas Condições Gerais, especialmente os requisitos da Cláusula 8 - Aceitação e Inclusão de Segurados, inclusive no que tange ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

13.2. O início de vigência do seguro do cessionário se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia subsequente àquele em que o documento de cessão/transferência for protocolado na sede do Credor da Apólice do presente seguro, desde que a sua inclusão seja aceita pela Seguradora.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

14.1. Os valores do Capital Segurado e dos prêmios de cada participante do seguro serão atualizados na mesma proporção do valor do bem objeto da operação de crédito ou do valor do compromisso assumido, e até o limite do Capital máximo, desde que comunicado formalmente pelo Credor no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data base do reajuste.

14.2. O Capital Segurado poderá ser atualizado monetariamente a cada ano segundo outros fatores objetivos, de acordo com o que dispuserem as Condições Contratuais.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

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

15.1.1. Para efeito de atualização monetária será utilizado o IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo.

15.1.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do referido índice, a atualização monetária tomará por base o IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), em substituição àquele.

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

15.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual, são os juros legais de 1% (um por cento) ao mês.

15.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice ora estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

a) No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

b) No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

c) No caso de recusa da Proposta de Seguro ou da Proposta de Contratação: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

15.3. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice ora estabelecido.

15.4. Na hipótese de não-cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a Seguradora atualizará o valor devido a partir da data de exigibilidade, sendo assim considerada a data de ocorrência do evento.

16. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

16.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da taxa indicada no Contrato, multiplicada pelo respectivo Capital da Cobertura Básica.

17. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS

17.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no contrato de seguro, a alteração de idade do Segurado e, conseqüentemente, o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará à taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação

da apólice de seguro.

17.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do Segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e será disponibilizada aos proponentes quando da adesão ao seguro.

18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Seguro, o prêmio deste seguro deverá ser pago à vista.

19. PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual constarão, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) Nome do Credor;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) Número da Apólice e proposta de seguro;
- e) Data limite para o pagamento.

19.2. O Capital Segurado deverá ser atualizado até a data do evento gerador, com base no índice previsto no subitem

19.2.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 20.1 diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

19.3. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

19.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

19.5. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do prêmio não pago.

19.6. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o pagamento tenha sido realizado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.7. O Credor fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

19.7.1 Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Credor obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

19.8. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s) ou Credor.

20. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANUAL

20.1. Em caso de não pagamento da parcela única do prêmio em até 30 (trinta) dias após a liberação do crédito rural, não será efetivada a contratação do seguro e não estará garantida a cobertura descrita nas condições contratuais.

20.2. Havendo interesse, deverá ser contratado um novo seguro com todos os pré-requisitos da aceitação e inclusão no seguro, disposto na Cláusula 6 – Aceitação do Seguro, destas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

20.3. Considerando que o produto admite apenas o pagamento do prêmio em parcela única, não haverá aplicação de prazos de tolerância ou suspensão das coberturas do seguro.

21. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) Com a morte e/ou invalidez permanente total do Segurado;
- b) Automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência da Apólice sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;
- c) Automaticamente, na data em que houver o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Credor;
- d) Por solicitação escrita do Segurado ao Credor, informando que não deseja continuar no seguro; e
- e) Quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio anual, observado o disposto na Cláusula 21 - Cancelamento das Garantias por Atraso no Pagamento do Prêmio Anual.

22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

22.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro o Segurado ou o (s) Beneficiário (s) deverá (ão) informá-lo à Seguradora, logo que o saiba (m), e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos constantes na Cláusula 24 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

22.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação constante na Cláusula 24 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, que comprove a ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

22.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiários (s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 24 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 23.2 será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, desses documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

22.4. Não respeitado o prazo previsto no subitem 23.2, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 16 - Atualização de Valores.

22.4.1. Os juros moratórios serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, enquanto a atualização monetária será aplicada a partir da data do sinistro até a data do efetivo pagamento.

22.5. O pagamento será feito por meio de crédito em conta corrente, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário (s) ou Segurado Prestamista.

22.6. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

23.1. Os documentos a seguir indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas, para conclusão do procedimento administrativo:

23.1.1. Em decorrência de evento coberto que cause a morte do Segurado Prestamista, o (s) Beneficiário (s) deverá (ao) encaminhar à Seguradora:

I - Formulário Aviso de Sinistro;

II - Documentos do Segurado em caso de morte natural:

- a) Cópia da certidão de óbito;
- b) Cópia da certidão de casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
- d) Declaração médica indicando causa da morte, com firma reconhecida;
- e) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença;
- f) Radiografias (quando houver); e
- g) Guia de internação (quando houver).

III - Em caso de ocorrência de evento por acidente, incluir os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial;
- c) Laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se houver;
- d) Laudo de exame cadavérico (IML);
- e) Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

23.1.2. Em caso de ocorrência de evento coberto que cause a invalidez permanente total por acidente:

23.1.3. I – Formulário Aviso de Sinistro.

II - Documentos do Segurado:

- a) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
- b) Documento que comprove a ocorrência do acidente - boletim de ocorrência (BO) ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), conforme o caso;
- c) Laudo de exame de corpo de delito (IML), conforme o caso;
- d) Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, somente nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado;
- e) Relatório médico assinado pelo médico assistente informando o grau de invalidez.

23.1.4. Documento do Credor / agente de crédito credor do Segurado:

- a) Cópia do contrato e seus aditivos, referente ao compromisso assumido pelo Segurado ou qualquer outro documento comprobatório do vínculo entre o Segurado e o Credor; e
- b) Declaração da Instituição de crédito informando os valores atualizados do compromisso a ser quitado, demonstrando sua evolução desde a contratação.

23.1.5. Documentos do (s) Segundo (s) Beneficiário (s)

- a) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do (s) Beneficiário (s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor (es) de 18 (dezoito) anos;

b) No caso de Beneficiários incapazes:

- Menores sujeitos ao poder familiar: documentos de identificação do pai e da mãe (RG e CPF).
- Menores sujeitos à tutela: termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF).
- Maiores de idade: termo de curatela e documento de identificação do curador (RG e CPF).

c) Em caso de Companheiro (a), além dos documentos indicados na alínea "a" deste subitem, documentos comprobatórios da qualidade de companheiro do Segurado no momento do sinistro.

23.2. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Credor.

23.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

23.3.1. 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.

23.3.2. 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.

24. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

24.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro:

Art. 765:

“O Segurado, e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele

concernentes. ”

Art. 766:

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na taxa, perderá o direito à Cobertura, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido”.

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

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelará o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou;

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral: cancelará o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelará o seguro após o pagamento da indenização deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

24.2. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro caso haja por parte dele, seus representantes ou seu (s) Beneficiário (s):

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;
- c) Não-fornecimento da documentação solicitada; e
- d) Agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro:

Art. 768:

“O Segurado perderá direito à cobertura se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato. ”

24.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato de imediato e por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à garantia, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

Art. 769:

“O Segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé. ”

24.4. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Credor, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 769 do Código Civil Brasileiro:

Art. 769:

“O Segurador, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato. ”

24.5. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação do Segurado:

Art. 769:

“O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio. ”

25. CANCELAMENTO DO SEGURO

25.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) Se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- b) Se ocorrerem infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita do

seguro;

c) Com a morte do Segurado, no caso de este ser Pessoa Física.

25.2. Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará cancelado também:

a) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios, nos termos das Cláusulas 21 e 22 destas Condições Gerais;

b) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

c) Quando o Segurado praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva para com a Seguradora.

25.3. O pagamento à Seguradora, pelo Credor ou por Segurado (s), de qualquer valor após a data do cancelamento, não implica na reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do (s) mesmo (s) a (s) importância (s) paga (s).

26. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO CREDOR

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem ainda obrigações do Credor:

a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam no futuro resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

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

f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;

h) Comunicar de imediato à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, tão logo dela tome conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

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

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

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

l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Credor.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Credor e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

28. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do (s) Beneficiários contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro:

Art. 800:

“No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.”

29. RATIFICAÇÃO

As presentes Condições Gerais passam a fazer parte integrante dos documentos de contratação do seguro.

30. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do (s) Beneficiário (s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

31. FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado Prestamista ou do Beneficiário, conforme o caso, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as Partes expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

32. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

IMPORTANTE

I – A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

II – O registro deste plano na SUSEP não implica no incentivo ou recomendação à sua comercialização.

III – O Segurado poderá consultar a regularidade da situação de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br) por meio do número de registro do Corretor na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF do mesmo.

Indiana Seguros S/A CNPJ: 61.100.145/0001-59 – Processo SUSEP nº 15414.900997/2018-42

Setembro/2018