

Seguro Prestamista Itaú PJ BNDES FINAME

Processo SUSEP Nº 15414.612103/2026-70

Índice

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO PRESTAMISTA ITAÚ PJ BNDES FINAME

1.	INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	3
2.	GLOSSÁRIO.....	3
3.	OBJETIVO DO SEGURO	7
4.	COBERTURAS DO SEGURO	8
5.	RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO	8
6.	PERDA DE DIREITOS	10
7.	CARÊNCIA E FRANQUIA	10
8.	ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
9.	VIGÊNCIA DO SEGURO E RENOVAÇÃO	11
10.	CAPITAL SEGURADO.....	12
11.	PRÊMIO DO SEGURO	13
12.	COMO PROCEDER EM CASO DE EVENTO COBERTO	13
13.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE EVENTO COBERTO	14
14.	JUNTA MÉDICA E PERÍCIA	15
15.	CANCELAMENTO DO SEGURO	15
16.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	16
17.	BENEFICIÁRIO	16
18.	SOLUÇÃO DE CONFLITOS.....	16
19.	TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS	17
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS DO SEGURO PRESTAMISTA ITAÚ PJ BNDES FINAME.....	20
1.	COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA – MQC.....	20
2.	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	22

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGUROS PRESTAMISTA ITAÚ PJ BNDES FINAME

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco;

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

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.4. Este seguro é coletivo, estruturado pelo regime de repartição simples e não gera reserva matemática/ reserva financeira; por isso, não há possibilidade de resgate ou devolução de valores dessa natureza ao Segurado ou aos Beneficiários.

2. GLOSSÁRIO

2.1. Para facilitar a compreensão segue abaixo a relação com os termos técnicos utilizados nos documentos contratuais do seguro, que proporcionam entendimento mais claro sobre o produto.

ACEITAÇÃO: Aprovação, pela Seguradora, da Proposta de Adesão apresentada pelo interessado em contratar as Coberturas do Seguro.

ACIDENTE PESSOAL: 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:

1) Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento, a acidente pessoal;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2) Excluem-se desse conceito:

- a) **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) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham com eles relação de causa e efeito, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **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.**

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): Isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana, com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, resultante de problemas vasculares e que produz seqüela neurológica definitiva. Para todos e quaisquer efeitos o AVC é uma doença, não podendo ser equiparado, em hipótese alguma, a acidente pessoal.

ADITIVO OU ENDOSSO: Documento emitido pela Seguradora que formaliza qualquer alteração contratual na Apólice.

AGRAVAMENTO RELEVANTE DO RISCO: aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco ou da severidade de seus efeitos, ou seja, fatos que aproximam o risco segurado da ocorrência do sinistro ou torne suas consequências mais graves.

ALIENAÇÃO MENTAL: Distúrbio mental ou neuromental em que há alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora que formaliza a Aceitação da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos Seguros individuais, ou pelo Estipulante, nos Seguros coletivos.

AVISO DE SINISTRO: Comunicação que o Segurado, Estipulante ou Beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, imediatamente após o acontecimento de um Evento Coberto pelo seguro.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do Seguro (Capital Segurado), de acordo com a cobertura pleiteada, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto. Para fins deste Seguro, o Beneficiário será sempre o Credor (Instituição Financeira).

CAPITAL SEGURADO: Valor máximo a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário para cada Cobertura contratada pela Empresa Estipulante, em razão de sinistro, conforme Capital Segurado Individual e Saldo Devedor da Obrigação apurado na data do Evento Coberto; em

hipótese alguma o Capital Segurado será superior ao Saldo Devedor da Obrigação vigente na data do Evento Coberto e ao limite máximo indicado na Apólice.

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL: Valor apurado na data do Evento Coberto, proporcional à participação societária do Segurado sinistrado (Sócio pessoa física) na Empresa Estipulante, em relação ao Capital Segurado Integral (Saldo Devedor da Obrigação, observado sempre o limite máximo indicado na Apólice). Para Empresas Estipulantes com apenas um sócio pessoa física (Segurado sinistrado) na data do Evento Coberto, o Capital Segurado Individual será igual ao Capital Segurado Integral. Para Empresas Estipulantes com sócia(s) pessoa jurídica, cujos sócios sejam pessoas físicas (Segurados), o Capital Segurado Individual em caso de Evento Coberto será calculado considerando a proporção tanto do percentual de participação societária da sócia pessoa jurídica na Empresa Estipulante, quanto a participação societária do Segurado sinistrado na sócia pessoa jurídica.

CAPITAL SEGURADO INTEGRAL: Valor máximo do Capital Segurado para cada Cobertura contratada pela Empresa Estipulante, variável de acordo com o Saldo Devedor da Obrigação apurado na data do Evento Coberto (Capital Segurado Vinculado), observado sempre o limite máximo indicado na Apólice.

CAPITAL SEGURADO VINCULADO: Modalidade em que o Capital Segurado da Cobertura não é fixo e corresponde ao Saldo Devedor atualizado da Obrigação à qual o Seguro está atrelado. Neste caso, o Capital Segurado será automaticamente ajustado pelo Saldo Devedor atualizado a cada pagamento, por liberações futuras de Finame e pelo reajuste ou atualização do valor da Obrigação, observado sempre o limite máximo indicado na Apólice.

CARÊNCIA: Período contínuo contado a partir da data de início de Vigência do Seguro, do aumento do Capital Segurado ou da sua recondução no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado/Beneficiário não terá direito ao recebimento do Capital Segurado.

COBERTURA: Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, em caso de Evento Coberto, desde que constantes da Apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Cláusulas específicas de cada Cobertura do Seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: Cláusulas comuns a todas as Coberturas do Seguro, que estabelecem obrigações e direitos do Segurado, da Seguradora e do Estipulante.

CORRETOR: Pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a intermediar contratos de Seguro entre as Seguradoras e os Segurados e/ou Estipulante.

CREDOR: Aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada. Para fins deste Seguro, o Credor será sempre a Instituição Financeira que concedeu o crédito à Empresa Estipulante.

DEVEDOR: Aquele que deve pagar ao Credor (Instituição Financeira) o valor decorrente da obrigação contratada. Para fins deste Seguro, o Devedor será sempre a Empresa Estipulante.

DOLO: Ato intencional e consciente do Segurado, Beneficiário ou do representante de um ou outro, com a finalidade de induzir a Seguradora a erro, inclusive, com o objetivo de conseguir vantagem indevida para si ou para terceiros, deixando de observar o princípio da estrita Boa-fé que rege o contrato de Seguro.

ESTIPULANTE: Pessoa jurídica que contrata Apólice Coletiva de Seguro e que representa os Segurados perante a Seguradora. Para fins deste Seguro, o Estipulante é a pessoa jurídica que contrata a Obrigação (compromisso financeiro) junto ao Credor (Instituição Financeira) e opta por também contratar este Seguro facultativo (também denominada Empresa Estipulante).

EVENTO: Acontecimento acidental ou inesperado, futuro, incerto e involuntário, ocorrido durante a vigência do Seguro.

EVENTO COBERTO: Acontecimento acidental ou inesperado, futuro, incerto e involuntário, ocorrido durante a vigência do Seguro e previsto nestas Condições Gerais e Especiais como coberto, conforme cada Cobertura contratada e especificada na Apólice.

FINAME - Financiamento de Máquinas e Equipamentos: é uma linha de financiamento do BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social), destinada à aquisição ou produção de máquinas, equipamentos, veículos pesados, sistemas industriais e bens de tecnologia, novos, de fabricação nacional e credenciados no BNDES, que pode ser acessada pela Empresa Estipulante por meio do Credor (Instituição Financeira). O financiamento pode ser liberado em uma única parcela ou em múltiplas parcelas de acordo com a finalidade e necessidade da Empresa Estipulante, conforme contrato da Obrigação.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas são garantidas pela Seguradora.

OBRIGAÇÃO: Compromisso financeiro a que o Seguro está atrelado, com vínculo contratual entre Credor (Instituição Financeira) e Devedor (Empresa Estipulante), correspondente à liberação de valores pelo Credor ao Devedor, relativo a uma ou várias liberações de FINAME.

LIMITE MÁXIMO DA APÓLICE: valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura contratada pela Empresa Estipulante, constante da Apólice, em razão de Evento Coberto ocorrido em sua Vigência. Para fins deste Seguro, quando o Capital Segurado Individual apurado for superior ao Limite Máximo da Apólice, a responsabilidade da Seguradora ficará limitada a este último valor; quando o Capital Segurado Individual apurado for inferior ao Limite Máximo da Apólice, a Seguradora pagará exatamente o valor do Capital Segurado Individual, não sendo devido à Empresa Estipulante qualquer valor excedente.

PARCELAS VENCIDAS: Parcelas da Obrigação assumida pela Empresa Estipulante junto a Instituição Financeira, com data de vencimento anterior à data de ocorrência do sinistro, sem que tenha ocorrido o seu devido pagamento.

PARCELAS VINCENDAS: Parcelas da Obrigação assumida pela Empresa Estipulante junto a Instituição Financeira, com data de vencimento posterior à data de ocorrência do evento coberto, e que ainda não foram pagas, respeitando o período de franquia, se houver.

PRÊMIO: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

PROPONENTE: Pessoa Jurídica interessada em contratar as Coberturas do seguro.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: Documento mediante o qual a Empresa Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, após conhecimento prévio das Condições Gerais e Especiais.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora para apuração das causas, circunstâncias e valores envolvidos na ocorrência de um Evento, feitos para verificar se o Seguro cobre o Evento ocorrido.

RISCOS EXCLUÍDOS: Eventos previstos nas Condições Gerais e Especiais como risco não cobertos por este Seguro.

SALDO DEVEDOR: Valor total em aberto, calculado diariamente, referente à Obrigação contratada pelo Segurado junto ao Credor (Instituição Financeira), que inclui o principal, juros compensatórios e moratórios, outras despesas, comissões e demais encargos pactuados.

SEGURADO: Pessoa física que compõe o grupo segurado da Empresa Estipulante. Para fins deste seguro, o Segurado é o sócio pessoa física da Empresa Estipulante.

SEGURADORA: Pessoa jurídica legalmente constituída para assumir e gerir riscos, e que mediante o pagamento de Prêmio é responsável pelo pagamento do Capital Segurado nos termos contratados.

SINISTRO: Evento Coberto previsto para cada cobertura, durante a vigência do Seguro, desde que confirmado na Regulação de Sinistro.

VIGÊNCIA: Período indicado na Apólice em que vigoram as Coberturas contratadas.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. Este Seguro objetiva amortizar ou custear, total ou parcialmente, o Saldo Devedor da Obrigação assumida pela Empresa Estipulante junto ao Credor (Instituição Financeira), em razão de Evento Coberto ocorrido na Vigência da Apólice, observados os limites dos Capitais Segurados contratados para cada Cobertura e o percentual da cota de participação societária do sócio da Empresa Estipulante, observadas estas Condições Gerais e Especiais.

3.1.1. Em caso de Empresa Estipulante com sócias pessoa jurídica, para apuração do Capital Segurado Individual na data do Evento Coberto será observada a proporção tanto do percentual de participação societária da sócia pessoa jurídica na Empresa Estipulante, quanto do percentual de participação societária do

Segurado sinistrado na sócia pessoa jurídica, em relação ao Capital Segurado Integral, observadas estas Condições Gerais e Especiais.

4. COBERTURAS DO SEGURO

4.1. As Coberturas deste Seguro, de **contratação obrigatória** são:

- a) Morte Qualquer Causa – MQC
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

4.2. Despesas com medidas de contenção ou salvamento: quando aplicável ao sinistro, e em caráter excepcional, a Seguradora pagará as despesas com medidas adotadas para evitar sinistro iminente ou reduzir seus efeitos, incorridas durante a Vigência do Seguro, observando o limite máximo de 1% (um por cento) incidente sobre o Capital Segurado individual apurado na data do Evento Coberto.

4.2.1. Não serão consideradas despesas de contenção ou salvamento e, portanto, não serão cobertos seus custos, quaisquer despesas médicas, hospitalares ou de tratamento de qualquer natureza, bem como despesas relacionadas à prevenção ordinária, incluída qualquer espécie de manutenção (preventiva ou corretiva), ou mesmo medidas notoriamente inadequadas ao tipo de sinistro em questão, e despesas que não estejam diretamente vinculadas à mitigação de um sinistro iminente.

4.2.2. O limite máximo de 1% (um por cento) incidente sobre o Saldo Devedor da data do sinistro não será reintegrado na mesma Vigência do Seguro, ou seja, uma vez atingido o limite máximo mencionado, não haverá outros pagamentos de despesas na mesma Vigência.

4.2.3. O pedido de reembolso das despesas com medidas de contenção ou salvamento deve ser enviado à Seguradora por meio de seus canais de atendimento, acompanhado da documentação que comprove as despesas efetivamente incorridas conforme critérios das cláusulas 4.2.1 e 4.2.2. acima. Após avaliação do pedido, com eventual conclusão pela conformidade das despesas aos critérios das mencionadas cláusulas, a Seguradora efetuará o respectivo reembolso, respeitado o limite máximo previsto na cláusula 4.2 e o mínimo de R\$ 50,00 (cinquenta reais).

5. RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO

5.1. Além dos riscos excluídos previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura, este Seguro não cobre em hipótese alguma, os Eventos ocorridos em consequência de:

5.1.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocado ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

5.1.2. Invasão, hostilidade, atos terroristas, atos ou operações de guerra

declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, locaute, pilhagem, confisco, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, tumultos, manifestações violentas, vandalismo, bloqueios de vias públicas, invasões de propriedades e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- 5.1.3. Lesão intencionalmente auto infligida;**
- 5.1.4. Suicídio do Segurado ou sua tentativa, nos primeiros dois (2) anos de Vigência do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 5.1.5. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;**
- 5.1.6. Epidemias ou pandemias declaradas por órgãos competentes;**
- 5.1.7. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;**
- 5.1.8. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- 5.1.9. Lesão por esforços repetitivos (LER), tendinite, sinovite, tenossinovite, artrite, dormio facial, cerviobraquialgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);**
- 5.1.10. Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- 5.1.11. Lesões ou consequências de Acidentes Pessoais sofridos antes da adesão a este Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;**
- 5.1.12. Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**
- 5.1.13. Eventos que não se incluem no conceito de Acidentes Pessoais, previsto no Glossário destas Condições Gerais, ou eventos não previstos na cláusula de Cobertura do Seguro destas Condições Gerais, ou eventos não previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada;**
- 5.1.14. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por Eventos Cobertos pelo Seguro;**

5.1.15. Danos estéticos, incluindo perda de dentes;

5.1.16. Viagens, como passageiro ou tripulante, em aeronaves ou embarcações que não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar; ou

5.1.17. Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

6. PERDA DE DIREITOS

6.1. O Segurado e/ou Beneficiário perderá o direito a receber qualquer valor deste Seguro se:

a) Dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influenciar na Aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, caso em que, além da perda do direito ao recebimento do Capital Segurado, ficará obrigado ao pagamento do Prêmio vencido e ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

b) Se, diante da omissão ou inexatidão das declarações, a Cobertura for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que a Seguradora não cobre, este Seguro será extinto, sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

c) Deixar de cumprir as obrigações deste Seguro;

d) Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco Segurado.

e) Procurar obter benefícios do presente Seguro por qualquer meio ilícito, dolo, má-fé, fraude ou simulação na contratação, durante sua vigência ou, ainda, para obter ou majorar o valor do Capital Segurado;

f) Deixar de comunicar à Seguradora, dolosamente, tão logo tenha conhecimento fatos que configurem agravamento relevante do risco.;

g) Deixar de comunicar ou de prestar todas as informações/documentos que disponha sobre o Evento à Seguradora, tão logo tenha conhecimento; e

h) Não adotar as providências necessárias e úteis para minorar as consequências do Evento.

6.2. Comprovado algum tipo de fraude, a Apólice será considerada nula, podendo a Seguradora dar início aos procedimentos legais para responsabilização legal/criminal e/ou ressarcimento de eventuais despesas incorridas ou valores.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Para as coberturas de Morte Qualquer Causa (MQC) e Invalidez Permanente

Total por Acidente (IPTA), a carência é de 2 (dois) anos para suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, contados do início de Vigência da Apólice do Seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

7.2. As demais Carências e Franquias aplicáveis estão previstas nas Condições Especiais de cada cobertura e na Apólice.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. Após o recebimento da Proposta de contratação, a Seguradora se manifestará no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, informando sobre a sua aceitação ou recusa.

8.2. A Seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou documentos para decidir sobre a Aceitação da Proposta de Contratação, com interrupção do prazo de 25 dias, que será reiniciado a partir do atendimento da solicitação pela Empresa Estipulante.

8.3. A Aceitação do Seguro será automática caso não haja recusa da Seguradora no prazo estabelecido acima.

8.4. Sendo aceito o risco, a Seguradora emitirá Apólice, que será enviado à Empresa Estipulante via e-mail, aplicativo ou disponibilizado via Portal de Correspondências Digitais no site <https://correspondenciasdigitais.itau.com.br/login>.

8.5. O Seguro não poderá ser contratado, sob pena de nulidade e perda do direito às Coberturas, por:

a. Empresas que não possuam CNPJ Ativo;

b. Empresas que não sejam constituídas sob forma de Sociedade Anônima de Capital Fechado, Sociedade Empresarial Limitada, Sociedade Simples Pura, Sociedade Simples Limitada, Empresa Individual ou Contribuinte Individual, como ONG's, Cooperativas e Sociedade Anônima de Capital Aberto; ou

c. Pessoas físicas ou jurídicas na condição de devedor solidário ou avalista do devedor ou pessoas em qualquer outro cargo ou função na Empresa Estipulante, sem participação societária.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO E RENOVAÇÃO

9.1. A Vigência deste Seguro poderá corresponder ou não ao prazo de vigência da Obrigação (compromisso financeiro) assumida pela Empresa Estipulante com o Credor, não podendo ultrapassar a data do término e/ou amortização integral da Obrigação.

9.2. As datas de início e término de Vigência das Coberturas constarão na Apólice.

9.3. No caso de pagamento do Prêmio à vista ou parcelado, sem ser financiado pelo Credor, a Vigência das Coberturas iniciará às 24 horas (meia noite) da data do pagamento do Prêmio à vista ou da primeira parcela.

9.4. A Vigência terminará na data original de vencimento da última parcela do compromisso financeiro assumido entre a Empresa Estipulante e o Credor, mesmo que subsistam parcelas da obrigação vencidas e não pagas pelo Empresa Estipulante, após a data original de vencimento da última parcela do compromisso financeiro.

9.5. Caso o prazo da Obrigação (compromisso financeiro) atrelada ao Seguro seja repactuada, resultando na redução do prazo original da Obrigação, a Vigência do Seguro respeitará o término do novo prazo da Obrigação (compromisso financeiro), sem prejuízo de eventual devolução do Prêmio proporcional correspondente ao período original remanescente, quando aplicável.

9.6. No caso de repactuação do prazo da Obrigação (compromisso financeiro) atrelada ao Seguro, que resulte na ampliação do prazo original da Obrigação, o Seguro não terá sua Vigência ampliada, ou seja, manterá sua vigência original, exceto se a Seguradora se manifestar expressamente de outra forma.

9.7. Este Seguro é por prazo determinado, não havendo possibilidade de renovação.

9.8. Qualquer alteração nas Condições Gerais e Especiais que implique em ônus ou dever para o Segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. O Capital Segurado das Coberturas deste Seguro será sempre vinculado ao Saldo Devedor atualizado da Obrigação e à cota de participação societária do sócio na Empresa Estipulante ou em sua sócia pessoa jurídica, e será alterado automaticamente a cada pagamento de parcela, pagamento parcial, pela liberação de futuras operações Finance, pelo reajuste da Obrigação ou mudanças na composição societária da Empresa Estipulante, observado sempre o valor máximo do Capital Segurado Individual e Limite Máximo indicado na Apólice.

10.2. As parcelas da Obrigação em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência por parte da Empresa Estipulante serão incorporados ao valor do Capital Segurado e conseqüentemente ao valor a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário (Credor da obrigação) em caso de Evento Coberto, respeitado o valor máximo do Capital Segurado Integral e Capital Segurado Individual de cada Cobertura.

10.3. No caso de Evento Coberto, a Seguradora efetuará o pagamento do Capital Segurado com base no Saldo Devedor da Obrigação (compromisso financeiro) informado pelo Credor, respeitado o valor máximo do Capital Segurado contratado para cada Cobertura, bem como o limite do Capital Segurado Individual, de acordo com o percentual da cota de participação societária do Segurado sinistrado na Empresa Estipulante ou em sua sócia pessoa jurídica, em relação ao Capital Segurado Integral.

10.4. O pagamento do Capital Segurado será realizado sob a forma de pagamento único e em moeda corrente nacional.

11. DO PRÊMIO DO SEGURO

11.1. A critério da Seguradora, o Prêmio deste Seguro poderá ser pago à vista ou parcelado, conforme as datas indicadas na Apólice.

11.2. Não haverá atualização monetária dos valores do Prêmio.

11.3. Em caso de inadimplemento, a Seguradora enviará comunicado ao Segurado advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do Prêmio em atraso e concedendo-lhe prazo para pagamento, sob pena de a Seguradora poder suspender, a seu exclusivo critério, as Coberturas a partir do término desse prazo. Do pagamento em atraso incidirá, sobre o valor devido, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia de descumprimento, e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido.

11.4. Após 90 (noventa) dias do término do prazo indicado na cláusula acima, sem o pagamento dos Prêmios inadimplidos, a Apólice será cancelado e a Seguradora estará integralmente liberada de qualquer obrigação relacionada ao Seguro contratado.

11.5. O Credor não é responsável pelo pagamento dos Prêmios deste Seguro, sendo essa obrigação exclusiva da Empresa Estipulante, cabendo ao Credor, quando aplicável, apenas o repasse do Prêmio recebido.

11.6. Em caso de ocorrência de Evento Coberto durante o período de inadimplência sem que tenha ocorrido a suspensão da Cobertura, a Seguradora poderá abater o valor pendente de Prêmio do total devido a título de Capital Segurado.

11.7. Na hipótese de extinção do IPCA, a Seguradora adotará o INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). No caso de extinção do índice INPC, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

12. COMO PROCEDER EM CASO DE EVENTO COBERTO

12.1. Em caso de Evento Coberto o Credor ou o Segurado deverá comunicar prontamente à Seguradora nos canais por ela disponibilizados e informados, informados na Apólice para fornecer todos os documentos e informações para análise.

12.2. Para apuração do valor do pagamento do seguro prestamista, deve ser considerado o valor máximo de Capital Segurado Integral contratado para cada Cobertura, bem como o limite do Capital Segurado Individual de acordo com o percentual da cota de participação societária de cada sócio na Empresa Estipulante e Limite Máximo da Apólice, devendo-se em qualquer caso respeitar o Saldo Devedor da Obrigação na data do Evento Coberto (Capital Segurado Vinculado) e o Limite Máximo da Apólice.

12.3. Para o início da Regulação do Sinistro o Credor, a Empresa Estipulante ou o Beneficiário deverá enviar à Seguradora todos os documentos e informações listados para qualquer cobertura acionada. Esses documentos devem ser acompanhados daqueles específicos indicados nas Condições Especiais da Cobertura correspondente.

Documentos da Empresa:

- Cópia do Contrato Social que comprove a participação societária do sócio na Empresa Estipulante.

Documentos do Segurado:

- Formulário de aviso de sinistro;
- Cópia de um documento de identificação do Segurado que contenha o número do seu CPF (RG, CNH, CTPS ou Passaporte);

12.4. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados do recebimento de toda a documentação prevista nas Condição Gerais e Especiais da respectiva Cobertura contratada pelo Segurado, para manifestar-se a respeito do reconhecimento do Evento Coberto.

12.5. A Seguradora poderá a qualquer momento adotar medidas que visem a plena elucidação do sinistro, podendo solicitar documentos e informações complementares que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para apuração do sinistro será suspensa, reiniciando no dia útil subsequente aquele que for atendida a solicitação pela Empresa Estipulante ou seu representante.

13. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE EVENTO COBERTO

13.1. O prazo para pagamento dos valores do Capital Segurado de cada Cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que ocorrer o reconhecimento do Evento Coberto pela Seguradora.

13.2. Durante a análise do Evento, a Seguradora poderá solicitar documentos e informações complementares que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa, reiniciando no dia útil subsequente aquele que for atendida a solicitação pela Empresa Estipulante ou seu representante.

13.3. Em caso de atraso no pagamento do Capital Segurado, incidirá juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir do primeiro dia de descumprimento, e de multa de 2% sobre o montante devido, corrigido monetariamente pelo IPCA-IBGE.

13.4. Os valores dos Capitais Segurados ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE, a partir da data do Evento Coberto até a data do efetivo pagamento, quando a Seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento.

13.5. Para efeito de cálculo do valor do Capital Segurado e da responsabilidade da Seguradora, considera-se como Data do Evento, quando da liquidação dos sinistros, a data mencionada na respectiva Condição Especial de cada cobertura a ser acionada.

13.6. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que o Capital Segurado não é devido, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento.

14. JUNTA MÉDICA E PERÍCIA

14.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, será proposta pela Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

14.2. 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.

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

14.4. A junta médica deverá ser realizada quando houver divergências, do caráter da invalidez, entre o médico do Segurado e o médico perito da Seguradora.

14.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

14.6. O Segurado, ao aderir ao Seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, inclusive empreender visita domiciliar e/ou hospitalar, requerer e proceder exames, bem como realizar qualquer procedimento que a Seguradora entenda necessário para elucidação de todos os fatos envolvendo o sinistro ocorrido. Todas as informações serão tratadas com a devida confidencialidade.

14.7. A Seguradora se reserva no direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos. A Seguradora se reserva também no direito de não considerar resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. Respeitado o tempo de Cobertura proporcional ao Prêmio pago, a Apólice será cancelada e as Coberturas deste Seguro cessarão imediatamente:

a) No final do prazo de vigência da Apólice;

b) Quando a Empresa Estipulante requerer o cancelamento do Seguro, a qualquer tempo;

c) Quando a Obrigação (compromisso financeiro) vinculada ao Seguro for extinta por liquidação antecipada de todas as liberações de Finame contratadas com o Credor (Instituição Financeira), devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo de eventual devolução proporcional do Prêmio pago referente ao período a decorrer, quando aplicável;

d) Em caso de renegociação/refinanciamento/repactuação da Obrigação com aumento do prazo de pagamento da Obrigação (compromisso financeiro), ressalvada a hipótese de manifestação da Seguradora;

e) Pelo pagamento do Capital Segurado das coberturas do Seguro

f) E pelo esgotamento do Saldo Devedor de todas as liberações de Fname;

f) Por atraso no pagamento de quaisquer parcelas do Prêmio subsequentes à primeira, após prévia notificação da Seguradora ao Segurado concedendo-lhe prazo para regularização do inadimplemento;

g) Por ausência do pagamento da prestação única ou primeira parcela do Prêmio;

h) Por encerramento definitivo do vínculo entre a Empresa Estipulante e o Credor;

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

16.1. O valor do Capital Segurado Vinculado será recalculado mensalmente, na data de vencimento de cada parcela da Obrigação e conforme o Saldo Devedor do compromisso financeiro assumido pela Empresa Estipulante com o Credor, observando-se, para fins de pagamento, o limite máximo contratado para cada Cobertura.

16.2. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Obrigação (compromisso financeiro).

16.3. As atualizações serão efetuadas com base na variação positiva do IPCA-IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16.4. No caso de extinção do IPCA-IBGE, a Seguradora adotará o INPC-IBGE, a Seguradora adotará o INPC-IBGE ou outro índice que vier a substituí-lo.

16.5. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pelo órgão regulador competente e/ou em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

17. BENEFICIÁRIO

17.1. O Beneficiário deste Seguro será sempre o Credor (Instituição Financeira) da Obrigação (compromisso financeiro) assumida, a quem deverá ser paga o valor do Capital Segurado Individual pela Seguradora.

18. SOLUÇÃO DE CONFLITOS

18.1. COMO SOLUCIONAR CONFLITOS DESTE SEGURO – CANAIS INTERNOS

Caso o Segurado ou o Beneficiário tenha alguma reclamação, a Seguradora coloca à disposição canais internos para atendimento de forma rápida e adequada:

Central de Atendimento ao Cliente: 4090 1685 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 770 1685 (demais localidades).

SAC: 0800 728 0728 (Reclamações, cancelamentos e informações públicas) e **SAC** exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: 0800 722 1722.

OUIDORIA: Os Segurados, ou seus Beneficiários, não satisfeitos com as soluções desses canais ou que precisem de informações e esclarecimentos sobre os seus direitos e obrigações de acordo com as Condições Gerais e normas relacionadas ao produto podem recorrer à **Ouvidoria da Seguradora**, que é um canal destinado à prevenção e solução de demandas de forma satisfatória.

As reclamações e pedidos à **Ouvidoria** devem ser realizadas por escrito, contendo no mínimo o nome do Segurado ou Beneficiário; o nº do CPF/CNPJ, o ramo do Seguro e/ou o nome do produto; número da apólice/proposta de inscrição; nº do sinistro (se houver), telefone e e-mail para contato, e endereçadas ao **0800 570 0011**, em dias úteis, das 9h às 18h ou **0800 722 1722** (para deficientes auditivos/fala para todas as localidades) ou para outros **canais de atendimento** acesse: <https://www.itaui.com.br/atendimento-itaui/para-voce/telefones>.

18.1.1. A Seguradora responderá a sua reclamação dentro dos prazos regulamentares definidos para esses canais.

18.2. MEDIAÇÃO OU CONCILIAÇÃO – Caso a reclamação do Segurado ou Beneficiário não tenha sido atendida de forma satisfatória nos canais internos de atendimento, antes de ingressar com uma ação judicial, é possível solucionar o conflito **preferencialmente por meio da mediação ou conciliação, conforme previsto na legislação brasileira vigente.**

18.2.1. Para esse procedimento, a Seguradora se compromete a atender no site <http://www.consumidor.gov.br>, gerido pela Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON), por meio do qual é possível registrar o problema.

18.2.2. A conciliação do conflito não pretende impedir a busca da via judicial tradicional, mas tem por objetivo uma solução mais rápida e eficiente, não sendo necessário o Segurado arcar com qualquer custo administrativo perante os centros de mediação ou conciliação com os quais a Seguradora mantenha convênio ou perante os centros judiciários de solução consensual de conflitos.

18.3. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18.4. Caso o Segurado, o Beneficiário ou a Seguradora decidam submeter ao Poder Judiciário as reclamações não resolvidas amigavelmente, a ação judicial deve ser movida no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário.

18.4.1. Este contrato será regido e interpretado de acordo com a legislação brasileira.

19. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

19.1. A Itaú Seguros S.A. e demais empresas do Conglomerado Itaú (“Itaú”) tratam dados

personais de pessoas físicas (como clientes, representantes e sócios/acionistas/empregados de clientes pessoa jurídica, contrapartes e beneficiários) para diversas finalidades relacionadas ao desempenho de nossas atividades.

19.2. Nesse item resumimos as principais informações sobre como coletamos e usamos dados pessoais. Para maiores informações, inclusive sobre os direitos dos titulares dos dados em relação aos seus dados pessoais (como de correção, acesso aos dados e informações sobre o tratamento, eliminação, bloqueio, exclusão, oposição e portabilidade de dados pessoais), acesse a nossa Política de Privacidade em nossos sites e aplicativos.

19.3. Dados coletados: Os dados pessoais coletados e tratados pelo Itaú podem incluir dados cadastrais, financeiros, transacionais ou outros dados, que podem ser fornecidos diretamente pelo titular dos dados ou obtidos em decorrência da prestação de serviços ou fornecimento de produtos pelo Itaú ao titular dos dados pessoais ou a ele relacionados, seja a pedido do próprio titular de dados ou em decorrência da execução de contratos com terceiros que mantém relacionamento com o titular de dados. Adicionalmente, dados pessoais podem ser obtidos de outras fontes conforme permitido na legislação aplicável, tais como fontes públicas, empresas do Conglomerado Itaú, outras instituições do sistema financeiro, parceiros ou fornecedores, bem como empresas e órgãos com os quais o Conglomerado Itaú tenha alguma relação contratual e com os quais o titular dos dados pessoais possua vínculo ou algum tipo de relação.

19.4. Finalidades de uso dos dados: Poderemos usar os dados pessoais para diversas finalidades relacionadas ao desempenho de nossas atividades, na forma prevista na Política de Privacidade, como por exemplo: (i) oferta, divulgação, prestação de serviços e fornecimento de produtos; (ii) execução de contrato e de etapas prévias ao contrato, incluindo a avaliação dos produtos e serviços mais adequados ao perfil, bem como atividades de crédito, financeiras, de investimento, securitárias, previdenciárias, de capitalização, cobrança e demais atividades do Conglomerado Itaú; (iii) cumprimento de obrigações legais e regulatórias; (iv) atendimento de requisições de autoridades administrativas e judiciais; (v) exercício regular de direitos, inclusive em processos administrativos, judiciais e arbitrais; (vi) análise, gerenciamento e tratamento de potenciais riscos, incluindo os securitários, previdenciários, de capitalização, de crédito, fraude e segurança; (vii) verificação de identidade e dados pessoais, inclusive dados biométricos, para fins de autenticação, segurança e/ou prevenção à fraude; (viii) verificação, análise e tratamento de dados pessoais para fins de avaliação, manutenção e aprimoramento dos nossos serviços; (ix) hipóteses de legítimo interesse, como desenvolvimento e ofertas de produtos e serviços do Conglomerado Itaú.

19.5. Dados sensíveis: Poderemos utilizar biometria facial e/ou digital em produtos e/ou serviços das empresas do Conglomerado Itaú para processos de identificação e/ou autenticação em sistemas eletrônicos próprios ou de terceiros para fins de segurança e prevenção a fraudes.

19.6. Compartilhamento dos dados: Os dados pessoais poderão ser compartilhados para as finalidades previstas neste documento e na nossa Política de Privacidade, como, por exemplo, entre as empresas do Conglomerado Itaú, com prestadores de serviços e fornecedores localizados no Brasil ou no exterior, bureaus de crédito de acordo com as regras aplicáveis à atividade, órgãos reguladores e entidades públicas, inclusive administrativas e judiciais e, ainda, com parceiros estratégicos para possibilitar a prestação

e/ou oferta de produtos e serviços. Apenas compartilharemos dados na medida necessária, com segurança e de acordo com a legislação aplicável.

19.7. Clientes Pessoa Jurídica: Os Clientes Pessoa Jurídica ou outros terceiros que nos fornecerem dados pessoais (como, por exemplo, de seus clientes, contrapartes, beneficiários, fornecedores, representantes e sócios/acionistas/empregados) para o desempenho das atividades do Itaú, devem observar a legislação aplicável à proteção de dados, privacidade e sigilo, inclusive em relação ao fornecimento de informações aos titulares dos dados pessoais a respeito do compartilhamento desses dados com o Itaú.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS DO SEGURO PRESTAMISTA ITAÚ PJ BNDES FINAME

1. COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA – MQC

1.1. EVENTOS COBERTOS

1.1.1. Esta cobertura garante o pagamento do Capital Segurado Individual apurado na data do Evento Coberto, em caso de Morte por Qualquer Causa do sócio Segurado, ocorrida durante a Vigência do Seguro, e de acordo com o percentual da cota de participação societária do Segurado sinistrado na Empresa Estipulante ou em sua sócia pessoa jurídica em relação ao Capital Segurado Integral. O pagamento do Capital Segurado Individual dessa Cobertura poderá quitar total ou parcialmente o Saldo Devedor da Obrigação a depender da apuração dos valores do Capital Segurado Integral e Capital Segurado Individual e Limite Máximo da Apólice.

1.2. RISCOS EXCLUÍDOS

1.2.1. Todas as hipóteses mencionadas na cláusula de Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídas desta cobertura.

1.3. CARÊNCIA E FRANQUIA

1.3.1. Em caso de suicídio do Segurado, há carência de 2 (dois) anos, contados a partir do início da vigência do Apólice, ou de sua recondução depois de suspenso.

1.3.2. Para morte decorrente de doença serão aplicadas carências conforme prazo da Obrigação atrelada a este Seguro:

- A)** Para compromissos financeiros com prazo de até 6 meses, a carência será de 30 dias contados do início da Vigência do Seguro;
- B)** Para compromissos financeiros com prazo entre 6 e 12 meses, a carência será de 60 dias contados do início da Vigência do Seguro;
- C)** Para compromissos financeiros com prazo acima de 12 meses, a carência será de 120 dias contados do início da Vigência do Seguro

1.3.3. Para novos sócios pessoa física que ingressarem na Empresa Estipulante, ou em suas sócias pessoa jurídica, durante a vigência deste Seguro também serão aplicados os períodos de carência previstos na cláusula anterior, contados da data do ingresso do sócio no contrato/estatuto social.

1.3.4 Não há franquia.

1.4. DATA DO EVENTO: Será a data do falecimento do segurado.

1.5. ÂMBITO GEOGRÁFICO: É válida em todo o globo terrestre.

1.6. BENEFICIÁRIOS: O beneficiário da cobertura de Morte Qualquer Causa será sempre o Credor (Instituição Financeira), a quem deverá ser pago o Capital Segurado Individual.

1.7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

1.7.1 Além das hipóteses previstas no item CANCELAMENTO DO SEGURO nas Condições Gerais, esta cobertura extingue-se nas seguintes situações:

A) Em caso de Pagamento Total do Capital Segurado integral relativo a esta cobertura ou da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;

B) Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) seguida de morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da cobertura de IPTA, o valor do Capital Segurado, correspondente ao valor proporcional de participação societária do sócio sinistrado na Empresa Estipulante, será pago uma única vez, considerando o saldo devedor da Obrigação (compromisso financeiro) na data de caracterização da Invalidez Permanente Total por Acidente, respeitado o limite máximo do Capital Segurado Integral contratado para esta cobertura e o Limite Máximo da Apólice. Não há cumulação de pagamentos por MQC e IPTA.

1.8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

A) Para dar início à Regulação do Sinistro, observado os termos das Condições Gerais, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora os documentos e informações abaixo relacionados:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, em caso de morte por acidente;
- c) Cópia do Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte por acidente;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte por acidente em que o segurado/sinistrado era o condutor do veículo.
- e) Cópia do contrato/estatuto social da Empresa Estipulante e suas sócias pessoa jurídica, que comprove a participação societária do Segurado sinistrado; e
- f) Formulário de aviso de sinistro.

2. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

2.1. EVENTO COBERTO

2.1.1. Esta cobertura garante o pagamento do Capital Segurado Individual apurado na data do Evento Coberto, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Sócio Segurado, ocorrida durante a Vigência do Seguro e de acordo com o percentual da cota de participação societária do Segurado sinistrado na Empresa Estipulante ou em sua sócia pessoa jurídica em relação ao Capital Segurado Integral. O pagamento do Capital Segurado Individual dessa Cobertura poderá quitar total ou parcialmente o Saldo Devedor da Obrigação a depender da apuração dos valores do Capital Segurado Integral e Capital Segurado Individual e Limite Máximo da Apólice.

2.1.2. O Segurado estará elegível para a cobertura se sofrer a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, devendo ser comprovada mediante apresentação do laudo médico, e desde que não haja possibilidade de reabilitação ou recuperação da função pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas.

2.1.3. Será devida a cobertura a após a conclusão do tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, conforme previsto na cláusula anterior, sendo constatada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva, em virtude de Acidente Pessoal, que resultem em 100% (cem por cento) da:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos; e/ou**
- b) Perda total do uso de ambos os braços; e/ou**
- c) Perda total do uso de ambas as pernas; e/ou**
- d) Perda total do uso de ambas as mãos; e/ou**
- e) Perda total do uso de um dos braços e uma das pernas; e/ou**
- f) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés; e/ou**
- g) Perda total do uso de ambos os pés; e/ou**
- h) Alienação mental total e incurável do Segurado.**

2.1.4. Caso não ocorra supressão total e definitiva da função do membro ou órgão, conforme descrito na cláusula acima, o Capital Segurado não será devido.

2.1.5. Quando de um mesmo acidente resultar Invalidez Permanente Total de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado total não poderá exceder 100% (cem por cento) do limite contratado para a cobertura de IPTA e o Limite Máximo da Apólice.

2.1.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente Total por Acidente.

2.2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.2.1. Além das hipóteses descritas na cláusula de Riscos Excluídos das Condições

Gerais, também são riscos excluídos desta cobertura:

- a) **Acidentes decorrentes de competições ilegais em veículos automotores;**
- b) **Acidentes ocorridos em consequência de participação do Segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional salvo em prestação de serviço militar;**

2.3. CARÊNCIA E FRANQUIA

2.3.1. Em caso de tentativa de suicídio do Segurado, há carência de 2 (dois) anos, contados a partir do início da vigência da Apólice, ou de sua recondução depois de suspenso.

2.3.2. Não há franquia.

2.4. DATA DO EVENTO

2.4.1. Será a data do acidente, devidamente declarada por médico que esteja assistindo ao Segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

2.5. ÂMBITO GEOGRÁFICO: É válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

2.6. BENEFICIÁRIOS: O beneficiário da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será sempre o Credor (Instituição Financeira), a quem deverá ser pago o Capital Segurado Individual.

2.7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

2.7.2. Além das hipóteses previstas no item CANCELAMENTO DO SEGURO nas Condições Gerais, esta cobertura extingue-se na seguinte situação:

- a. **Pagamento total do Capital Segurado integral relativo a esta cobertura ou da cobertura de Morte Qualquer Causa;**
- b. **Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) seguida de morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da cobertura de IPTA, o valor do Capital Segurado, correspondente ao valor proporcional de participação societária do sócio sinistrado na Empresa Estipulante, será pago uma única vez, considerando o saldo devedor da Obrigação (compromisso financeiro) na data de caracterização da Invalidez Permanente Total por Acidente, respeitado o limite máximo do Capital Segurado Integral contratado para esta cobertura e o Limite Máximo da Apólice. Não há cumulação de pagamentos por MQC e IPTA.**

2.8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

2.8.2. Para dar início à Regulação do Sinistro, observado os termos das Condições Gerais, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora os documentos e informações abaixo relacionados:

- a)** Cópia do boletim de ocorrência (em caso de acidente);
- b)** Cópia da declaração médica contendo diagnóstico, tratamento realizado, data da caracterização da invalidez (após alta médica definitiva), descrevendo as sequelas permanentes e o percentual de invalidez de cada membro lesionado;
- c)** Cópia do laudo dos exames realizados que comprovem o diagnóstico;
- d)** Cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho).
- e)** Cópia do contrato/estatuto social da Empresa Estipulante e suas sócias pessoa jurídica, que comprove a participação societária do Segurado sinistrado; e
- f)** Formulário de aviso de sinistro.