
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO **EXCELSIOR HABITAÇÃO (SH/AM)**

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1 – Estas são as condições contratuais do Plano **EXCELSIOR HABITAÇÃO (SH/AM)**, nome fantasia, do Ramo Seguro Habitacional em Apólice de Mercado – SH/AM, plano regido pelas disposições contidas nestas Condições Gerais bem como nas Condições Especiais e nas Particulares.

2 – Este plano destina-se a coberturas de Estipulantes individuais incluídos em apólice coletiva, emitida em nome de um Estipulante, conforme o item “ESTIPULANTE” destas Condições Gerais.

3 – A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

4 – O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

5 – O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

6 – Todos os valores constantes dos documentos relativos a este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional.

7 – Este plano não prevê devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

8 – O Estipulante, ao assinar a proposta, declara tacitamente que tomou conhecimento das Condições Gerais e Condições Especiais deste seguro.

9 – Estas condições contratuais ficam, ainda, à disposição do proponente individual, através do Estipulante, para conhecimento de seu teor antes da assinatura da proposta de adesão individual, sendo que a assinatura da proposta de adesão configura conhecimento e aceitação de seu teor.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo a quitação de dívida do Segurado, correspondente ao saldo devedor vincendo na data do sinistro, relativa a financiamento para aquisição ou construção de imóvel e/ou a reposição do imóvel, na ocorrência de sinistro coberto, de acordo com estas Condições Gerais.

3. DEFINIÇÕES

ACEITAÇÃO – Ato de aprovação, pela Seguradora, de proposta a ela submetida para a contratação de seguro.

ACIDENTE PESSOAL – Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico que venha a resultar em perda de renda.

Incluem-se no conceito de acidente pessoal os acidentes decorrentes de:

- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- seqüestros e tentativas de seqüestros;
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- utilização de meio de transporte mais arriscado;
- prestação de serviço militar;
- prática de qualquer esporte;
- atos de humanidade em auxílio a outrem;
- atentados ou agressões, atos de legítima defesa;
- choque elétrico ou raio;
- queda n'água ou afogamento;
- contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- ataques de animais bem como casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

Excluem-se do conceito de acidente pessoal:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- **as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **o suicídio ou a tentativa de suicídio, ocorrido nos dois primeiros anos da vigência inicial do risco individual, ou da sua recondução depois de suspenso, sendo vedada a estipulação de cláusula entre as partes que exclua o suicídio, ou sua tentativa, após este prazo;**
- **qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**

- o choque anafilático e suas conseqüências;
- o parto ou aborto e suas conseqüência;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Além dos riscos conceituados acima, estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os acidentes ocorridos em conseqüência de:

- uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, ressalvados quando se tratar de Segurado militar e em exercício de suas funções;
- furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- ato reconhecidamente perigoso, ressalvado quando for por ato de humanidade em auxílio de outrem, conforme previsto na item "RISCOS COBERTOS" destas Condições Gerais; e,
- atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

AGRAVAÇÃO DO RISCO – Deterioração das circunstâncias que influenciaram a avaliação de um risco; aumento da probabilidade deste vir a ocorrer, ou, em caso de sinistro, previsão de intensificação dos danos esperados.

ALAGAMENTO – Entrada de água nos edifícios proveniente de aguaceiro, tromba d'água ou chuva, seja ou não conseqüente da obstrução ou insuficiência de esgotos, galerias pluviais desaguadouros e similares, enchentes, e água proveniente de ruptura de encanamentos, canalizações, adutoras e reservatórios, desde que não pertençam ao próprio imóvel segurado, nem ao edifício do qual o imóvel seja parte integrante.

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

AMEAÇA DE DESMORONAMENTO – Iminência de a construção vir abaixo, desabar, comprovada por laudo técnico.

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

ATIVIDADE EVENTUAL – Atividade que o Segurado exerce eventualmente e economicamente remunerada, que não se caracterize como atividade profissional.

ATIVIDADE PROFISSIONAL – Atividade que o Segurado exerce de forma habitual, comprovada pela existência de contrato ou vínculo de trabalho, celetista ou estatutário, ou ainda quando exercida de forma autônoma e independente, em função de atividade específica e economicamente remunerada.

ATO ILÍCITO CULPOSO – Ação ou omissão involuntária, que viole direito e cause dano à outra pessoa, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência do responsável.

ATO ILÍCITO DOLOSO – Ação ou omissão voluntária, que viole direito e cause dano à outra pessoa, ainda que exclusivamente moral.

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

BENEFICIÁRIO – Pessoa física ou jurídica em cujo proveito se contrata o seguro.

BENS IMÓVEIS – O solo e tudo quanto se lhe incorporar natural ou artificialmente. Não perdem o caráter de imóveis:

- I - as edificações que, separadas do solo, mas conservando sua unidade, forem removidas para outro local;
- II - os materiais provisoriamente separados de um prédio, para nele se reempregarem.

BENS MÓVEIS – Bens que possuem movimento próprio ou que podem ser removidos sem alteração da sua substância ou da sua destinação econômico-social.

CANCELAMENTO DA APÓLICE – Dissolução antecipada do contrato de seguro, em sua totalidade, por perda de direito do Segurado ou por determinação legal, ou parcialmente, em relação a uma determinada cobertura, por pagamento de indenização correspondente ao Limite Máximo Indenizável.

CARÊNCIA – Período durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.

COBERTURA – Conjunto de riscos de mesmas características, definido nas Condições Gerais e Especiais.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS – Conjunto das disposições que regem a contratação, composto por:

- proposta de contratação (assinada pelo Estipulante);
- propostas de adesão (assinada pelo proponente individual);
- apólice, contendo as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares;
- endossos à apólice, que modificam e/ou retificam as condições da apólice; e
- certificado individual.

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

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

CONDIÇÕES PARTICULARES – Cláusulas, condições comerciais, condições operacionais, coberturas contratadas, limites máximos indenizáveis, franquias, cronograma de emissões, dentre outras, constantes da apólice, podendo ainda alterar, modificar ou cancelar disposições das Condições Gerais e/ou Especiais.

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

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

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

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

DANO EMERGENTE - Todo prejuízo ainda não ocorrido, mas cuja realização é desde logo previsível pelo fato da certeza do desenvolvimento de um prejuízo patrimonial ou

corporal e atual, em evolução, mas incerto no que se refere à sua quantificação; enquadram-se neste tipo de dano todos os prejuízos e/ou perdas financeiras, tais como: despesas fixas, despesas especificadas, perda e/ou pagamento de aluguel, lucros cessantes, bem como reembolsos decorrentes de responsabilidade civil, etc.

DANO ESTÉTICO - Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem ocorrência de seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo. Salvo disposição em contrário, esta espécie de dano não será garantida por esta apólice.

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

DANO PATRIMONIAL - Toda alteração de um bem tangível que reduza ou anule seu valor econômico, como, por exemplo, deterioração, estrago, inutilização ou destruição do mesmo. Não se enquadram neste conceito a redução ou a eliminação de disponibilidades financeiras já existentes, tais como dinheiro, créditos, valores mobiliários, etc., que são consideradas prejuízos financeiros. A redução ou a eliminação da expectativa de lucros ou ganhos de dinheiro e/ou valores mobiliários também não se enquadra na definição de dano material, mas na de perda financeira. Analogamente, as lesões físicas ao corpo de uma pessoa não são danos materiais, mas danos corporais.

DATA DE EXIGIBILIDADE - Data a partir da qual incide atualização de valores a serem pagos como indenização, reembolso de despesas cobertas e recebimento ou devolução de prêmios, conforme previsto nestas condições.

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

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

DESTELHAMENTO - Retirada das telhas de forma violenta e acidental.

DFI - Cobertura Básica de Danos Físicos ao Imóvel.

DOLO - Má-fé. Vontade deliberada e consciente de produzir o dano. Conjunto de artifícios e providências fraudulentas, posta em prática pelo Segurado, para legitimar uma reclamação de prejuízos e receber uma indenização da Seguradora, parcial ou totalmente indevida.

ENCARGO MENSAL – Valor da prestação mensal mais taxa do seguro.

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

ESTIPULANTE – Pessoa jurídica legalmente constituída que contrata este seguro e representa os Segurados perante a Seguradora, assumindo responsabilidades e obrigações conforme o item “ESTIPULANTE” das Condições Gerais.

EXPLOÇÃO ACIDENTAL – Explosão acidental de gás empregado em aparelhos de uso doméstico, resultado de uma reação físico-química onde grande quantidade de energia é liberada em um curto espaço de tempo, causando arrebentação súbita, violenta e ruidosa e provocando dano corporal e/ou patrimonial.

EXTRAVIO – Desaparecimento de objetos em consequência de causas não apuradas ou desconhecidas.

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

FORO – Refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

FRANQUIA – Entende-se por franquia o valor expressamente definido no contrato de seguro, para cada cobertura que for previsto a sua existência, representando a participação do Segurado nos prejuízos consequentes de cada sinistro. Deste modo, a responsabilidade da Seguradora começa apenas e tão somente depois de alcançado o seu limite.

FUMAÇA – Substância em estado gasoso que se desprende de um corpo em combustão ou muito aquecido, acompanhado de emissão de substância opaca, de cores variadas, devido à decomposição do mesmo.

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

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – Impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer suas atividades eventuais ou profissionais, que constituem a sua fonte de renda declarada no contrato de financiamento imobiliário, por indicação médica, em virtude de doença ou acidente pessoal.

INCÊNDIO – Chama ou fogo anormal acompanhado de fumaça e forte calor, com poder de destruir e danificar bens móveis e imóveis.

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

INUNDAÇÃO – Aumento do volume de água de rios navegáveis e de canais alimentados naturalmente pelos mesmos.

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

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS – Ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não pagamento de indenização ao Segurado.

"LOCKOUT" – Paralisação dos serviços ou atividades de uma empresa ou empresas de atividades afins, por determinação de seus administradores ou do sindicato patronal respectivo.

MIP – Cobertura Básica de Morte e Invalidez Permanente.

OBJETO DO SEGURO – Designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos ou garantias.

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

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

PREPOSTO – Empregados do Segurado, devidamente registrados maiores de 18 (dezoito) anos de idade.

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

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

PROPOSTA DE ADESÃO – Documento preenchido pelo proponente individual nos seguros de adesão facultativa, contendo declaração pessoal de saúde e atividade, e servindo para análise da Seguradora previamente à aceitação do risco. Também pode ser denominado cartão-proposta.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Documento preenchido pelo Estipulante, propondo o seguro coletivo para as pessoas que lhe estão vinculadas, com as condições pactuadas com a Seguradora.

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

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

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

RENOVAÇÃO – Possibilidade de dar continuidade ao contrato, oferecida ao Segurado ao seu término.

RESCISÃO – Dissolução antecipada do contrato de seguro, por acordo das partes. Quando não há acordo, usa-se o termo “Cancelamento”.

RISCO – Possibilidade de um acontecimento externo, acidental ou inesperado, causador de dano material, emergente e/ou corporal, gerando um prejuízo ou necessidade econômica. As características que definem o risco são: incerto e aleatório, possível, futuro e independentemente da vontade das partes contratantes.

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

SALVADO – Bem tangível resgatado de um sinistro, afetado ou não por danos materiais, que tenha sido indenizado, e que possua valor comercial.

SEGURADO – Pessoa física ou jurídica que assine com o financiador o contrato de financiamento para a construção ou aquisição de imóvel.

SEGURADORA – **Companhia Excelsior de Seguros**, Seguradora autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil, que, ao receber o prêmio, assume os riscos definidos na apólice, garantindo o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO/NÃO CONTRIBUTÁRIO – Contributário é a denominação dada ao seguro em que o Segurado participa do custeio do prêmio, podendo ser

totalmente contributário, quando sua participação é de 100%, ou parcialmente contributário, quando o custeio é complementado pelo Estipulante e/ou Subestipulante. É denominado não contributário aquele em que o custeio do prêmio é feito integralmente pelo Estipulante e/ou Subestipulante.

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

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

SUB-ROGAÇÃO – De forma geral, direito, previsto na lei (artigos 346 e 351 do Cód. Civil), atribuído à pessoa, física ou jurídica, de substituir credor, nos direitos e ações que o mesmo teria em relação a devedor, por ter, aquele, assumido ou efetivamente pago, dívida deste último. No jargão jurídico, diz-se que o novo credor se sub-roga nos direitos e ações do antigo credor. Nos contratos de seguro, uma vez indenizado o Segurado, a Seguradora se sub-roga nos direitos e ações que teria o Segurado de demandar o responsável direto pelo sinistro (artigo 786 do Cód. Civil). Há, no entanto, restrições: salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar contra o cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consangüíneos e afins (artigo 786, inciso 1º do Cód. Civil); nos seguros de pessoas, de acordo com o artigo 800 do Código Civil, a Seguradora não pode se sub-rogar nos direitos e ações do Segurado contra o causador do sinistro.

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil. Atendimento pelo telefone 0800 218484.

VALORES – Dinheiro em espécie, cheques em moeda nacional e vales refeição, alimentação e transporte.

VENDAVAL – Ventos de velocidade igual ou superior a 54 km/h e abaixo de 90 km/h.

VIGÊNCIA – Intervalo de tempo durante o qual está em vigor este contrato de seguro.

4. ESTIPULANTE

4.1 – O Estipulante e/ou Subestipulante indicado(s) na especificação da apólice contrata(m) com a Seguradora este seguro, na modalidade Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, e obrigando-se a:

- a) observar os prazos de envio de informações à Seguradora, bem como outros procedimentos operacionais previstos na especificação da Apólice;
- b) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- c) manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- d) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- e) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- f) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações emitidos para os Segurados referentes ao seguro;
- i) comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) comunicar de imediato à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) fornecer à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

4.2 – É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora; alterar as Condições Gerais, Especiais e Particulares, ou quaisquer outros documentos relativos ao contrato de seguro, sem a aprovação prévia e expressa da Seguradora;
- b) rescindir o contrato de seguro sem anuência prévia e expressa de uma quantidade de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

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

4.4 – Constituem obrigações da Seguradora, informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante e/ou Subestipulante, sempre que lhe for solicitado.

4.5 – Em caso de seguro contributivo, qualquer modificação em apólice vigente dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

4.6 – No que se refere às indenizações, são obrigações do Estipulante/Subestipulante:

a) receber a indenização por conta do Segurado e utilizar o seu valor para quitar ou amortizar a dívida deste, razão pela qual se obriga a dar quitação ao Segurado, caso receba a indenização total, e a considerar a dívida amortizada extraordinariamente, na mesma proporção, se receber indenização proporcional à responsabilidade do Segurado;

b) devolver ao Segurado, ou a quem de direito, os valores que dele tenha recebido, mas que sejam de responsabilidade do seguro, dando ciência dessa providência à Seguradora, no prazo máximo de 90 (noventa) dias;

c) devolver ao Segurado, Beneficiários ou a quem de direito, eventual excedente do valor necessário à quitação da dívida, incluindo prêmios eventualmente antecipados pelo Segurado e/ou pagos após evento coberto por este seguro, dando ciência dessa providência à Seguradora, no prazo máximo de 10 (dez) dias.

5. SEGURADOS

5.1 – São as pessoas físicas ou jurídicas que assinem com o financiador o contrato de financiamento para a construção ou aquisição de imóvel, na qualidade de adquirente ou promitente comprador; ou o próprio financiador, exclusivamente para a cobertura de DFI, no caso de imóvel adjudicado face execução da dívida por inadimplência do financiado e nos casos em que apenas estejam promovendo a construção.

5.2 – No caso de imóvel adquirido por pessoa física, havendo mais de uma pessoa na composição da renda, a Cobertura Básica de MIP será rateada na proporção em que cada pessoa participa desta composição.

5.3 – Para os imóveis adquiridos por pessoa jurídica, bem como para os em que na composição da renda houver participação de pessoa jurídica, estas não poderão participar, através de seus sócios, da Cobertura Básica MIP e tampouco das coberturas adicionais de Perda de Renda por Doença ou Acidente e de Auxílio Funeral.

5.4 – No caso da Cobertura Básica de MIP, na hipótese do recebimento de grupo segurado transferido de outra apólice, desta ou de outra Seguradora, os Segurados afastados de suas atividades profissionais, deverão ser mantidos no grupo segurado.

5.4.1 – Essa condição também se aplica às coberturas adicionais de Perda de Renda por Doença ou Acidente e de Auxílio Funeral, se tiverem sido contratadas na outra apólice e até seus limites, se porventura forem menores.

6. FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

As garantias desta apólice são concedidas a 1º Risco Absoluto, ou seja, sem aplicação de qualquer rateio, respondendo a Seguradora pelos prejuízos até o Limite Máximo Indenizável das respectivas coberturas, sem prejuízo da aplicação de período de carência previsto na apólice.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As disposições deste contrato de seguro aplicam-se exclusivamente a danos físicos ao imóvel, ocorridos no território brasileiro, bem como aos danos pessoais, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

8. RISCOS COBERTOS

8.1 – Estão cobertos os riscos básicos previstos neste item das Condições Gerais e nas Condições Especiais. Também estão cobertos, quando contratados, os riscos acessórios previstos nas coberturas adicionais especificadas nas Condições Especiais deste seguro.

8.1.1 – Cobertura Básica de Morte ou Invalidez Permanente – MIP, garantindo os riscos de:

- a) Morte, decorrente de causas naturais ou acidentais; e
- b) Invalidez Permanente, causada por acidente pessoal ou doença, que determina a incapacidade total e permanente para o exercício da atividade laborativa principal do Segurado, no momento do sinistro.

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

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

8.1.2 – **Cobertura Básica de Danos Físicos ao Imóvel – DFI**, garantindo os riscos de ordem material, a saber:

- a) incêndio, raio ou explosão;
- b) vendaval;
- c) desmoronamento total;
- d) desmoronamento parcial, assim entendido a destruição ou desabamento de paredes, vigas ou outro elemento estrutural;
- e) ameaça de desmoronamento, devidamente comprovada;
- f) destelhamento; e
- g) inundação ou alagamento, ainda que decorrente de chuva.

8.1.2.1 – **INABITABILIDADE**: Havendo necessidade de desocupação do imóvel por inabitabilidade, em decorrência de sinistro coberto, nos riscos de DFI, é garantida indenização correspondente aos encargos mensais do financiamento, até o limite definido na especificação da apólice, respeitado o limite máximo indenizável.

8.2 – É facultada a contratação de apenas uma Cobertura Básica. A faculdade de contratação das coberturas adicionais está prevista no item “**COBERTURAS ADICIONAIS**” das Condições Especiais.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1 – **Não estão cobertos por este seguro:**

- a) **Os riscos de morte e invalidez permanente quando relacionados à doença manifesta em data anterior à assinatura do contrato de financiamento, de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta do seguro, bem como decorrentes de eventos comprovadamente resultantes de acidente pessoal, ocorrido em data anterior à da assinatura do referido contrato;**
- b) **O suicídio ou tentativa, se ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- c) **Todos os contratos de financiamento em que a soma da idade do Segurado com o prazo de financiamento, na data da respectiva assinatura, ultrapasse 80 (oitenta) anos e 6 (seis) meses;**
- d) **Os prejuízos decorrentes de atos de autoridade pública, salvo para evitar agravação ou propagação de danos cobertos por esta Apólice;**
- e) **Os prejuízos decorrentes de má utilização, falta de conservação ou desgaste pelo uso do imóvel que se constitua contratualmente em garantia do financiamento hipotecário concedido pelo Estipulante;**
- f) **Todos os prejuízos decorrentes de vício de construção, causa intrínseca, ou os defeitos de construção de responsabilidade do construtor do imóvel, ocorridos durante ou após o período de cinco anos, nos termos do artigo 618 do Código Civil Brasileiro;**

- g) Os prejuízos decorrentes de erros de projeto, de infração ao mesmo ou das normas técnicas, a memoriais de serviço ou especificação de materiais, etc;**
- h) Guerra, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião, revolução, conspiração ou ato de autoridade militar ou de usurpadores de autoridade;**
- i) Atos maliciosos de qualquer pessoa ou pessoas, agindo em ligação com qualquer organização política, religiosa ou ideológica e outras que visem a instigar a queda do governo de direito ou de fato, por meio de atos de terrorismo ou subversão;**
- j) Desapropriação permanente ou temporária decorrente de confisco, nacionalização, intimação e requisição por ordem de qualquer autoridade legalmente constituída;**
- k) Efeitos de materiais de armas nucleares, radiações ionizantes ou de contaminação provenientes de radioatividade de qualquer combustível nuclear ou de qualquer resíduo nuclear, resultante de fissão nuclear, bem como custo de descontaminação;**
- l) Atos terroristas, cabendo à Seguradora, neste caso comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- m) Dano, responsabilidade ou despesa causada por, atribuída a, ou resultante de qualquer arma química, biológica, bioquímica ou eletromagnética, bem como a utilização ou operação como meio de causar prejuízo, de qualquer computador ou programa, sistema ou vírus de computador, ou ainda, de qualquer outro sistema eletrônico;**
- n) Demoras de qualquer espécie ou perda de mercado, mesmo que resultante de um dos riscos cobertos;**
- o) Danos emergentes de qualquer natureza inclusive lucros cessantes e outros prejuízos indiretos, mesmo que resultantes de riscos cobertos;**
- p) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro, por empregado ou preposto do Segurado ou, ainda, por pessoas a estes últimos assemelhados. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas o disposto aplica-se aos Sócios Controladores, aos seus Dirigentes e Administradores Legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos Representantes Legais; e**
- q) Danos Estéticos e os Danos Morais ainda que decorrentes de sinistro coberto.**

9.2 – Na hipótese de serem contratadas coberturas adicionais, serão observadas as exclusões especificadas nas Condições Especiais correspondentes.

9.3 – Cláusula de Exclusão de Atos de Terrorismo: “Não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais, especiais e/ou particulares deste seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de

laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente”.

10. ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO SEGURO

10.1 – A contratação do seguro será feita mediante emissão de apólice única englobando obrigatoriamente pelo menos uma das coberturas básicas com base na proposta de contratação assinada pelo proponente ou por seu representante legal, e entregue, sob protocolo, à Seguradora.

10.1.1 – O Estipulante ou Subestipulante declara, no ato da proposição deste seguro, ter conhecimento do custo efetivo do seguro habitacional – CESH, em relação às coberturas de MIP e/ou DFI.

10.1.2 – As coberturas de Morte e de Invalidez Permanente – MIP, não poderão ser contratadas separadamente.

10.1.3 – As coberturas – DFI poderão ser contratadas isoladamente das coberturas de MIP.

10.2 – A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora, que:

10.2.1 – Disporá do prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não;

10.2.2 – poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação do risco, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber as informações e/ou os documentos, observando-se, ainda, que a mencionada solicitação:

a) poderá ocorrer mais de uma vez caso o proponente seja pessoa jurídica, desde que a Seguradora fundamente o pedido;

b) na hipótese de não aceitação da proposta de seguro, a Seguradora fará comunicação formal ao Proponente apresentando a justificativa da recusa.

10.3 – Somente serão aceitos neste seguro pessoas cuja idade, somada ao prazo de financiamento e eventuais negociações não exceda a 80 (oitenta) anos e 6 (seis) meses na data da contratação do seguro.

10.4 – A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita do risco.

10.5 – A critério da Seguradora poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente ao seguro habitacional, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

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

10.6 – Ocorrendo qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, a Seguradora, nos primeiros 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação do risco, dará ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

11. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

11.1 – É vedada a contratação concomitante de mais de uma apólice de seguro habitacional para o financiamento coberto por esta apólice sob pena de perda de direito.

11.2 – Na hipótese serem contratadas coberturas adicionais as regras para concorrência de apólices são estabelecidas nas respectivas condições contratuais.

12. PRAZO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

12.1 – As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 h das datas para tal fim neles indicadas, correspondendo, com relação a cada Segurado, ao prazo de financiamento do imóvel.

12.2 – A responsabilidade da Seguradora finda no término de vigência do seguro ou na extinção da dívida, o que ocorrer primeiro.

12.3 – Nos casos de propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

12.4 – Nos casos de propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência será a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

12.5 – Em caso de recusa da proposta dentro dos prazos previstos, a cobertura prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

12.6 – O valor do adiantamento deverá ser restituído ao proponente no prazo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro-rata temporis”

correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, a critério da Seguradora.

12.7 – A responsabilidade da Seguradora termina ainda, em relação às coberturas de Danos Pessoais (MIP):

- a) Nas execuções extrajudiciais, quando da expedição da carta de arrematação; ou
- b) Nas execuções judiciais, quando da assinatura do auto de adjudicação do imóvel, objeto da garantia, em nome do fiduciário ou do Estipulante.

12.8 – No caso de imóvel de propriedade do Estipulante, a responsabilidade da Seguradora se inicia na data em que a propriedade lhe foi transferida, desde que avisada e averbada no seguro.

12.9 – Para os contratos de financiamento assinados anteriormente ao início de vigência desta Apólice, a responsabilidade da Seguradora terá início a partir da data em que receber do Estipulante, o pedido expresso de inclusão do financiado no Seguro.

12.10 – Caso o Segurado e o financiador repactuem o prazo original do contrato de financiamento, deverá ser observado que:

- a) se houver redução do prazo original, permanecerá a garantia do seguro até o término do novo prazo, com devolução do prêmio correspondente ao período remanescente, se for o caso.
- b) se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá ser consultada quanto ao interesse na manutenção do seguro, mediante nova proposta.

13. PRÊMIOS

13.1 – CRITÉRIOS DE CÁLCULO: Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes das Condições Particulares da Apólice.

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

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

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

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

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

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

13.1.2.2 – Se, durante a vigência da apólice ou na sua renovação, houver alteração que implique em ônus ou perda de direito para o Segurado, será necessária a anuência prévia e expressa de uma quantidade de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

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

13.2 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.2.1 – O pagamento do prêmio será efetuado através da rede bancária por meio de documento emitido pela Seguradora até a data do vencimento nele previsto, que ocorrendo em dia que não haja expediente bancário poderá ser feito no 1º dia útil que tiver expediente bancário.

13.2.2 – Esse documento será encaminhado pela Seguradora diretamente ao Estipulante ou ao seu representante legal no prazo mínimo de 5 dias úteis antes da data do vencimento do respectivo documento.

13.2.3 – Fica, ainda, entendido, e ajustado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito a indenização não ficará prejudicado.

13.2.4 – Quando o valor das indenizações acarretarem o cancelamento do contrato, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização devida, excluído o adicional de fracionamento relativo a estas parcelas.

13.3 – Configurada a falta de pagamento do prêmio do seguro nos prazos estipulados serão considerados os seguintes critérios:

a) Cancelamento automático da apólice ou da fatura, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, e, havendo prêmio a ser pago pelo Segurado ou Estipulante e Subestipulante(s), se houver, por risco decorrido, será o mesmo cobrado por via executiva, nos termos do Artigo 27 do Decreto-Lei n.º 73, de 21.11.66, sujeito a débito, além da atualização monetária pelo IPCA/IBGE, e juro de mora na base de 0,5% a.m. (zero vírgula cinco por cento ao mês), calculados “pro-rata-dia”, até o efetivo pagamento, incidente sobre o total da dívida, sem prejuízo do ressarcimento das despesas que a Seguradora tiver de arcar para o recebimento de seu crédito.

b) O atraso no pagamento do prêmio do seguro acarretará no acréscimo de encargos equivalentes à variação positiva do IPCA/IBGE, bem como de juro de mora na base de 0,5% a.m.

13.4 – O não pagamento do prêmio do seguro por parte do Estipulante desobriga a Seguradora ao pagamento de qualquer indenização, sem prejuízo das obrigações do Estipulante junto ao Segurado.

14. LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)

14.1 – Entende-se como Limite Máximo Indenizável por Cobertura Contratada o valor máximo a ser pago pela Seguradora e corresponderá:

14.1.1 – Na cobertura dos riscos de morte e invalidez (MIP), a cada mês, do valor do saldo devedor do financiamento do imóvel, consideradas pagas todas as prestações vencidas;

14.1.2 – Na cobertura dos riscos de DFI consistirá, a qualquer tempo, do valor da avaliação inicial do imóvel, que serviu de base para a operação de financiamento, devidamente atualizado com base no índice convencionado no contrato de seguro.

14.1.2.1 – O índice convencionado no contrato de seguro deverá ser igual ao estabelecido no contrato de financiamento.

14.1.2.2 – No caso de contratos de financiamento sem previsão de cláusula de atualização, o valor de avaliação inicial do imóvel será atualizado com base no índice e periodicidade definidos no respectivo contrato de seguro.

14.1.3 – O valor máximo da indenização não poderá ultrapassar o valor dos bens ou dos interesses segurados no momento do sinistro, independentemente de qualquer disposição constante desta apólice.

14.1.5 – Se no momento do sinistro o risco sinistrado tiver valor menor que o Limite Máximo Indenizável por Cobertura Contratada, a responsabilidade da Seguradora não excederá o valor arbitrado por ocasião do sinistro.

14.1.5 – Na hipótese serem contratadas coberturas adicionais, será observado o limite máximo indenizável estabelecido na especificação da apólice, para cada cobertura.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES / JURO DE MORA

15.1 – Fica expressamente pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados e de eventuais importâncias a serem

pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada item desta apólice. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o Índice que venha a sucedê-lo, em substituição ao previsto neste item.

15.2 – A atualização será efetuada com base na variação 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.

15.3 – O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juro de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

15.4 – Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização pela variação do índice estabelecido neste item, a partir da data em que se tornarem exigíveis, ou sejam:

- a) no caso de cancelamento do contrato, por iniciativa do Segurado: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;
- b) no caso de cancelamento do contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;
- c) no caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio; ou,
- d) no caso de recusa de proposta com prêmio recebido antecipadamente: a data de formalização da recusa.

15.5 – Os casos de devolução de prêmio por recusa de proposta, cuja devolução for feita após 10 (dez) dias das datas em que se tornaram exigíveis, estarão sujeitos, além da atualização, à aplicação de juro de mora de 0,5% ao mês. Nos demais casos de devolução de prêmio acima previstos, a aplicação de juro de mora incidirá nas devoluções acima de 30 (trinta) dias.

15.6 – Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização do índice estabelecido neste item, a partir das seguintes datas de exigibilidade:

- a) a data da ocorrência do evento, no caso de pagamento feito pela Seguradora;
- b) a data do efetivo dispêndio pelo Segurado, em caso de reembolso de indenizações ou despesas por este efetuadas.

15.7 – Em caso de pagamento do sinistro após 30 (trinta) dias da entrega de toda a documentação necessária, a indenização estará sujeita, além da atualização, à aplicação de juro de mora de 0,5% ao mês.

16. INDENIZAÇÃO

16.1 – Na cobertura de morte e invalidez a indenização corresponderá à quantia necessária à quitação total do financiamento, assim entendido o saldo devedor vincendo, na data do sinistro.

16.1.1 – As indenizações serão realizadas sob a forma de pagamento único.

16.1.2 – Caso haja mais de um Segurado na composição de renda para fins de seguro, o valor da indenização será proporcional ao percentual de responsabilidade correspondente ao Segurado que tenha falecido ou se tornado inválido, prevalecendo o percentual vigente na data do sinistro ressalvado a faculdade estabelecida no item “CARÊNCIA” destas Condições Gerais.

16.1.3 – Na hipótese do subitem anterior, havendo liquidação parcial da dívida, o seguro de MIP será mantido para os demais componentes da renda, relativamente à dívida remanescente.

16.1.4 – A invalidez permanente do Segurado será comprovada com apresentação de declaração médica, com observância às restrições para doenças e lesões pré-existentes e suas conseqüências, conforme previsto no item “RISCOS EXCLUÍDOS” destas Condições Gerais sobre doenças pré-existentes.

16.1.4.1 – Independentemente do previsto no subitem anterior, a exclusivo critério da Seguradora, o Segurado poderá se submeter a perícia médica, às expensas da Seguradora.

16.1.5 – No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, relacionadas à invalidez permanente, ou sobre a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Estipulante ou ao Segurado, conforme o caso, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação por parte do interessado, a constituição de junta médica.

16.1.5.1 – A junta médica de que trata o caput deste item será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

16.1.5.3 – 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.

16.1.6 – O beneficiário da indenização por este seguro, relacionadas às coberturas de MIP é o Estipulante ou Subestipulante.

16.3 – Os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

16.2 – Para a cobertura dos riscos de DFI, a indenização, respeitado o limite máximo indenizável vigente na data do sinistro, corresponderá ao valor necessário à reposição do imóvel ao estado equivalente ao que se encontrava imediatamente antes do sinistro.

17. CARÊNCIA

17.1 – Será observado prazo de carência, limitado ao período máximo de 12 (doze) meses, nos casos de alterações concernentes à composição de renda para fins de seguro. Este prazo será definido nas Condições Particulares da apólice.

17.1.1 – Nos casos de apólice oriunda de substituição de Seguradora não será reiniciada a contagem dos prazos de carência para os Segurados abrangidos pelo contrato de seguro anterior, prevalecendo, para início daquela contagem, a data do contrato de financiamento ou a data de cada alteração a que se refere o subitem anterior.

17.2 – A contagem do prazo de carência a que se refere este item, inicia-se na data de recebimento pela Seguradora da comunicação de cada alteração referida.

17.3 – Não será considerado qualquer prazo de carência para sinistros decorrentes dos riscos de MIP, quando resultantes de acidente pessoal;

17.4 – Aplicar-se-á prazo de carência de 2 (dois) anos, contado da data do início de vigência do contrato de financiamento para os casos de suicídio ou sua tentativa, devendo ser cobertos pela Seguradora, após esse prazo.

18. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

18.1 – Documentos necessários à abertura do processo de sinistro.

18.1.1 – Ocorrendo evento coberto pela apólice o Estipulante deverá providências e encaminhar a Seguradora os seguintes documentos:

- a) Carta do Segurado, ou de quem suas vezes fizer, comunicando a ocorrência do sinistro ao Estipulante;
- b) Aviso de Sinistro do Estipulante comunicando a ocorrência do sinistro à Seguradora;
- c) Cópia do contrato de financiamento e seus aditivos;
- d) Cópia da carteira identidade e CPF, e, em se tratando de pessoa jurídica, cópia da carteira identidade e CPF dos sócios;
- e) Cópia do cartão do CNPJ e contrato social, em se tratando de pessoa jurídica;

18.1.2 – Adicionalmente, no caso de Morte do Segurado:

- a) Certidão de óbito;

- b) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do financiamento desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação;
- c) Ficha Sócio-econômica;
- d) Boletim de ocorrência e laudo de necropsia (em caso de morte acidental).

18.1.3 – Adicionalmente, no caso de Invalidez Permanente do Segurado:

- a) Declaração de Invalidez Total, emitida pelo Órgão previdenciário ao qual o Segurado estiver vinculado;
- b) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do financiamento desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação;
- c) Ficha Sócio Econômica;
- d) Declaração de Invalidez Total por Doença, preenchida, datada e assinada pelo médico assistente do Segurado;
- e) Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida, datada e assinada pelo Segurado;
- f) Boletim de ocorrência policial (em caso de invalidez por acidente).

18.1.3.1 – A Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitará documentos adicionais para comprovação e elucidação dos sinistros de Invalidez Permanente.

18.1.3.2 – A realização da perícia médica, na falta da declaração médica solicitada no subitem anterior, ou quando esta não for conclusiva, deverá ser concretizada pela Seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da solicitação do Estipulante, cujo resultado ser-lhe-á comunicado imediatamente para complementação da documentação necessária à formalização do sinistro, confirmação da cobertura do sinistro ou seu encerramento, se for o caso.

18.1.4 – Adicionalmente, no caso de Danos Físicos ao Imóvel:

- a) Laudo de avaliação inicial do imóvel ou, quando inexistir, o valor apontado no documento de financiamento para tal finalidade;
- b) Planta do imóvel;
- c) outros documentos relacionados com a ocorrência do sinistro que permitam a agilização da sua regulação tais como e não exclusivamente, laudo do Corpo de Bombeiros, laudo da Defesa Civil, registro de Ocorrência Policial etc.

18.1.5 – O Estipulante poderá avisar o sinistro preliminarmente, enviando o Aviso Preliminar de Sinistro de Danos Físicos, visando maior rapidez na sua regulação, fornecendo à Seguradora, no mínimo, as seguintes informações básicas: identificação da operação no cadastro da Seguradora, endereço completo do imóvel, nome do Segurado e croqui de orientação para localização do imóvel.

18.2 – Prazo para liquidação do sinistro.

18.2.1 – Toda e qualquer indenização devida por esta Apólice será paga diretamente ao Estipulante, ressalvados os casos de reposição previstos no item “REPOSIÇÃO” destas Condições Gerais.

18.2.2 – Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida por esta Apólice, contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao Segurado e/ou seus Beneficiários e/ou Estipulantes que comprovem a ocorrência de sinistro e prejuízos indenizáveis garantidos por estas Condições.

18.2.3 – Na hipótese de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado e/ou seus Beneficiários e/ou Estipulantes documentos e informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, a contagem do prazo mencionado no item ficará suspensa e será reiniciada a partir do recebimento, pela Seguradora, dos documentos e informações ou esclarecimentos solicitados.

18.2.4 – O não pagamento da indenização no prazo acima previsto acarretará a atualização dos valores e, quando couber, aplicação de juros de mora, conforme previsto no item “ATUALIZAÇÃO DE VALORES / JURO DE MORA”.

18.3 – Data do sinistro. Neste seguro é considerado como data do sinistro:

- a) no risco de morte, a data do óbito; e
- b) no risco de invalidez permanente, a data do acidente pessoal ou, no caso de doença, a data da notificação pelo órgão previdenciário, que determinou a incapacidade total e permanente para o exercício da atividade laborativa principal do Segurado; e
- c) no risco de DFI, a data da ocorrência.

19. REPOSIÇÃO

A Seguradora, para indenizar o Segurado, reserva-se o direito de optar entre o pagamento em dinheiro ou a reposição do imóvel destruído ou danificado, restituindo-o em estado equivalente àquele que se encontrava imediatamente antes do sinistro.

20. REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)

Observadas as exceções especificadas neste contrato, o LMI, em cada cobertura, em caso de sinistro parcial, será automaticamente reintegrado pelo valor do LMI como se não tivesse havido sinistro.

21. RESCISÃO E CANCELAMENTO

21.1 – O contrato de seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, sendo devida pelo Segurado, nesta hipótese, a parcela do

prêmio proporcional ao prazo efetivo de vigência do seguro, observando-se a vedação prevista no item “ESTIPULANTE” destas Condições Gerais, relativa à anuidade de três quartos do grupo segurado.

21.2 – Na hipótese de devolução de parcela do prêmio, o valor a ser restituído estará sujeito a atualização e aplicação de juro de mora, se couber, conforme previsto no item “ATUALIZAÇÃO DE VALORES / JURO DE MORA”.

21.3 – Este contrato será automaticamente extinto e / ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, quando:

- a) ocorrer acordo entre as partes, conforme previsto acima, neste item;
- b) o Estipulante deixar de pagar à Seguradora o prêmio ou parcela(s) do prêmio, conforme previsto no item “PAGAMENTO DO PRÊMIO” destas Condições Gerais; ou,
- c) ocorrer o previsto na item “PERDA DE DIREITOS”, destas Condições Gerais;

22. PERDA DE DIREITOS

22.1 – Ocorrerá a perda de direito à indenização por este seguro se:

- a) for comprovada a intenção do Segurado no agravamento do risco; e,
- b) o Segurado, seu representante legal, ou seu Corretor de Seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, além da perda de direito a indenização, fica o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

22.2 – Caso a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, fica, este seguro, sujeito as seguintes condições:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

22.3 – O Segurado está obrigado a comunicar ao Estipulante ou à Seguradora, logo que saiba, de qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

22.4 – Além das condições previstas neste item, o Segurado perderá o direito a indenização, caso haja de sua parte ou por parte do Corretor, de seus beneficiários ou prepostos:

- a) fraude ou tentativa de fraude simulando acidente ou agravando as conseqüências do acidente; e
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro.

23. ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Quaisquer alterações nas condições contratuais deste seguro serão realizadas por aditivo ao contrato, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante legal e ratificada por endosso à apólice.

24. SUB-ROGAÇÃO

24.1 – Efetuado o pagamento da indenização, cujo recibo será válido como instrumento de sub-rogação, a Seguradora ficará sub-rogada, até o limite da indenização paga, em todos os direitos, ações, privilégios e garantias que competirem ao Segurado, contra eventual co-responsável pelo dano, obrigando-se o Segurado ou sucessores, a facilitar os meios e fornecer os documentos necessários ao exercício desses direitos, sendo ineficaz qualquer ato que venha diminuir ou extinguir, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere este item.

24.2 – A condição acima, contudo, não se aplica à cobertura MIP.

25. PRESCRIÇÃO

25.1 – O direito à reclamação do Segurado prescreve (Artigo 206, parágrafo 1º, inciso II, alínea “b” e parágrafo 3º, inciso IX):

25.1.1 – Cobertura de Morte ou Invalidez Permanente – MIP:

- a) Em caso de sinistro de Morte: após decorridos 3 (três) anos contados da data do óbito, sem que qualquer beneficiário tenha comunicado o sinistro.

b) Em caso de sinistro de Invalidez Permanente: após 1 (um) ano sem que o Segurado tenha comunicado o sinistro, contado da data do sinistro.

25.1.2 - Cobertura de Danos Físicos ao Imóvel - DFI:

25.1.2.1 – Após 1 (um) ano da ocorrência do sinistro sem que o Segurado tenha comunicado o sinistro.

26. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir as questões oriundas deste Contrato de Seguro.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO EXCELSIOR HABITAÇÃO (SH/AM)

1. APRESENTAÇÃO

Estas Condições Especiais servem para especificar as coberturas deste seguro, complementando as Condições Gerais deste plano.

2. COBERTURAS BÁSICAS

2.1 – São contratáveis as seguintes coberturas básicas, definidas no item “RISCOS COBERTOS” das Condições Gerais:

- a) Cobertura Básica de **Danos Físicos ao Imóvel – DFI**; e
- b) Cobertura Básica de **Morte ou Invalidez Permanente – MIP**.

2.2 – É facultativa a contratação de apenas uma das coberturas básicas.

3. COBERTURAS ADICIONAIS

3.1 – São contratáveis as seguintes coberturas adicionais:

- a) Cobertura Adicional para **Perda de Renda por Doença ou Acidente**;
- b) Cobertura Adicional de **Auxílio Funeral**; e
- c) Cobertura Adicional de **Conteúdo**.

3.2 – A contratação é feita para todo o grupo segurável, mediante solicitação do Estipulante ou Corretor, pagamento do prêmio adicional, e inserção na apólice.

3.3 – É facultativa a contratação destas coberturas adicionais, desde que observado o seguinte:

- a) As coberturas adicionais de **Perda de Renda por Doença ou Acidente** e/ou a de **Auxílio Funeral** só podem ser contratadas em conjunto com a básica de **MIP**; e
- b) A Cobertura Adicional de **Conteúdo** só pode ser contratada em conjunto com a básica de **DFI**.

4. CONTRATAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

Fica caracterizada a contratação do risco individual do Segurado mediante a assinatura do contrato de financiamento com o Estipulante e Subestipulante(s) e da Declaração

Pessoal de Saúde que a critério e expensas da Seguradora, poderá ser substituído por exame de saúde de prévio do Segurado.

5. VIGÊNCIA

O início e o término da vigência coincidem com os definidos nas Condições Gerais do seguro e indicados na apólice.

6. OBRIGAÇÃO DO ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE

O Estipulante e Subestipulante(s), se houver, são obrigados a observar os procedimentos operacionais descritos na Apólice, que integra as condições contratuais deste seguro.

7. COBERTURA ADICIONAL PARA PERDA DE RENDA POR DOENÇA OU ACIDENTE

7.1 – RISCOS COBERTOS

7.1.1 – Esta Cobertura Adicional, quando contratada, garante o pagamento de uma indenização nos casos de incapacidade temporária dos Segurados.

7.1.2 – A incapacidade temporária é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer suas atividades eventuais ou profissionais, que constituem a sua fonte de renda declarada no contrato de financiamento imobiliário, por indicação médica, em virtude de doença ou acidente pessoal, por prazo superior a 15 dias.

7.1.3 – A cobertura do seguro é efetivada a partir do 15º (décimo quinto) dia de afastamento contínuo e ininterrupto, desde que o acidente pessoal tenha ocorrido ou a doença tenha se manifestado após a data do início de vigência deste seguro e sendo reconhecida:

- a) pelo órgão previdenciário ao qual o Segurado for vinculado; ou
- b) por junta médica contratada e custeada pela Seguradora, na hipótese de o Segurado não ser vinculado a nenhum órgão previdenciário; ou
- c) por junta médica constituída por três membros, sendo um indicado e custeado pelo próprio Segurado, outro indicado e custeado pela Seguradora, e o terceiro, desempataador, custeado igualmente pelas partes e escolhido pelos dois nomeados, caso haja discordância do Segurado com relação ao resultado da junta médica contratada pela Seguradora.

7.2. RISCOS EXCLUÍDOS

7.2.1 – Além das exclusões indicadas nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos decorrentes de:

- a) acidente ocorrido ou doença contraída antes da contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declarado na Declaração Pessoal de Saúde;**
- b) que tenha qualquer relação com cirurgias plásticas;**
- c) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em qualquer modalidade, exceto obesidade classificada como mórbida;**
- d) abortos provocados e suas conseqüências;**
- e) epidemias oficialmente declaradas;**
- f) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas;**
- g) prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei;**
- h) prática de ato reconhecidamente perigoso que não tenha sido motivado por necessidade justificada;**
- i) alterações mentais ocorridas, direta ou indiretamente, em consequência da ação do álcool, de drogas ou entorpecente, de usos fortuitos, ocasionais ou habituais.**

7.3 – ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

9.1 – Somente podem ser incluídos neste Seguro os Segurados que não estiverem afastados de suas atividades profissionais ou eventuais economicamente remuneradas.

9.2 – Para os fins desta Cobertura Adicional, não podem ser Seguradas as pessoas físicas devedoras do Estipulante ou Subestipulantes cuja idade, no ato da assinatura do instrumento contratual, somada ao prazo contratual ultrapasse 60 (sessenta) anos e seis meses.

7.4 – BENEFICIÁRIOS

Para fins desta Cobertura Adicional é considerado beneficiário, exclusivamente, o próprio Segurado.

7.5 – LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)

A indenização será igual ao valor das prestações do Segurado que se vencerem durante o período da incapacidade temporária, limitada a 12 (doze) prestações, sendo que a primeira de responsabilidade da Seguradora é a que vencer após 30 (trinta) dias da data do sinistro. A última de responsabilidade da Seguradora é a que vencer imediatamente após a interrupção da incapacidade temporária, ou, se ocorrer antes, a 12^a (décima segunda) paga pela Seguradora.

7.6 – FRANQUIA/CARÊNCIA

Será aplicada uma franquia equivalente aos primeiros 15 (quinze) dias de incapacidade temporária.

7.7 – CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

Não se aplica a esta cobertura.

7.8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais não alteradas pelas Condições Especiais desta cobertura.

8. COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

8.1 – RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura Adicional, quando contratada, garante o reembolso das despesas com funeral do Segurado na forma e valor definidos na especificação da apólice e nestas Condições Especiais.

8.2 – RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas em “RISCOS EXCLUÍDOS”, das Condições Gerais deste seguro, não estão compreendidas as despesas de aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

8.3 – ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

São automaticamente aceitas todas as pessoas seguradas pela Cobertura Básica de MIP, inclusive com relação ao limite de idade.

8.4 – BENEFICIÁRIO

8.4.1 – Para fins desta Cobertura Adicional, será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral, mediante apresentação de notas originais.

8.5 – LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)

8.5.1 – Será sempre igual para todos os Segurados da Cobertura Básica MIP, independentemente da proporção que participem na composição da renda, e constará da especificação da apólice.

8.5.2 – Este benefício é concedido na forma de reembolso, pelo valor comprovadamente gasto com o funeral, observado o limite máximo indenizável.

8.5.3 – O limite máximo indenizável desta Cobertura Adicional será revisto anualmente, por ocasião da renovação do seguro, pelo mesmo fator de correção aplicável ao prêmio deste Seguro EXCELSIOR HABITAÇÃO e na forma estabelecida na Apólice.

8.5.4 – O limite máximo indenizável deverá ser sempre igual para todos os Segurados.

8.6 – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não se aplicam a esta cobertura.

8.7 – CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

Não se aplica a esta cobertura.

8.8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais não alteradas pelas Condições Especiais desta cobertura.

9. COBERTURA ADICIONAL DE CONTEÚDO

9.1 – RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura Adicional, quando contratada, garante a indenização dos danos ocorridos com o conteúdo do imóvel financiado, observado o limite máximo indenizável desta cobertura, a ser indicado na especificação da apólice, **desde que decorrentes de sinistro coberto também pela Cobertura Básica de DFI.**

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

9.1.2 – A indenização desta Cobertura Adicional é cumulativa com a da básica de DFI.

9.2 – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos relacionados no item “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão compreendidos os seguintes bens:

- a) Bens de terceiros, recebidos em depósito, consignação ou garantia;**
- b) Manuscritos, plantas, projetos, modelos, debuxos, moldes e quaisquer outros objetos no que exceder ao seu valor intrínseco;**
- c) Papéis de crédito, obrigações em geral, títulos e documentos de qualquer espécie, selos, moedas, cheques, letras, dinheiro, títulos e quaisquer outros papéis que tenham ou representem valor;**
- d) Jardins, árvores ou qualquer tipo de plantação;**
- e) Automóveis, motocicletas, motonetas e similares, bem como seus componentes;**

- f) Animais de qualquer espécie;**
- g) Bebidas e comestíveis em geral, remédios, cosméticos e perfumes de qualquer espécie;**
- h) Bens e matérias-primas considerados como mercadorias, isto é, para venda;**
- i) Quadros, pedras, metais preciosos, semi-preciosos, jóias ou quaisquer objetos de arte ou de valor estimativo, raridade e livros;**
- j) Os seguintes equipamentos portáteis: telefone celular, *smartphone*, *i-phone*, *i-pod*, *palmtop*, *handheld*, *MPs player* (3, 4, 5, etc.), filmadora, câmera fotográfica, *DVD player* portátil e similares; e,**
- k) Bens ao ar livre ou desabrigados.**

9.3 – BENEFICIÁRIO

Será o financiado, pessoa física.

9.4 – LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)

9.4.1 – Será o indicado na especificação da apólice.

8.4 – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não se aplicam a esta cobertura.

8.5 – CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

8.5.1 – O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos, deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

8.5.2 – O prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) as despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
- b) valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das Seguradoras envolvidas.

8.5.3 – De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
- b) valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa; e,
- c) danos sofridos pelos bens segurados.

8.5.4 – A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

8.5.5 – Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I – Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio;

II – Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo:

a) se, para uma determinada apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas;

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item.

III – Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II deste item.

IV – Se a quantia a que se refere o inciso III for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo, o Segurado, a responsabilidade pela diferença, se houver.

V – Se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

8.5.6 – A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada Seguradora na indenização paga.

8.5.7 – Salvo disposição em contrário, a Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

8.5 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais não alteradas pelas Condições Especiais desta cobertura.

Companhia Excelsior de Seguros