

**VIDA GERADOR DE BENEFÍCIO LIVRE – VGBL – MODALIDADE DE CONTRIBUIÇÃO VARIÁVEL
REGULAMENTO DE PLANO INDIVIDUAL**

Sumário

TÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS	3
TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES	4
TÍTULO III - DA CONTRATAÇÃO DO PLANO	7
TÍTULO IV - DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES.....	9
CAPÍTULO I - AOS SEGURADOS.....	9
CAPÍTULO II - AOS ASSISTIDOS	11
CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS	12
TÍTULO V - DO PERÍODO DE COBERTURA.....	12
CAPÍTULO I - DO PERÍODO DE DIFERIMENTO	12
SEÇÃO I - DOS PRÊMIOS	12
SEÇÃO II - DO CARREGAMENTO SOBRE A PARCELA DO PRÊMIO DESTINADA À COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA	13
SEÇÃO III - DO CARREGAMENTO SOBRE A PARCELA DO PRÊMIO DESTINADA À(S) COBERTURA(S) DE RISCO	14
SEÇÃO IV - DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA	14
SEÇÃO V - DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR MORTE.....	14
SEÇÃO VI - DO RESGATE.....	15
SEÇÃO VII - DA PORTABILIDADE	16
SEÇÃO VIII - DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS À COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA .	18
SEÇÃO IX - DA COMUNICABILIDADE	18
SEÇÃO X - DO CANCELAMENTO	19
CAPÍTULO II - DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	19
SEÇÃO I - DA ATUALIZAÇÃO.....	19
SEÇÃO II - DA APLICABILIDADE DA MORA	20
CAPÍTULO III - DO PERÍODO DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	20
SEÇÃO I – COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA DOS TIPOS, CONCESSÃO E PAGAMENTO	20
SEÇÃO II – COBERTURAS DE RISCO DOS TIPOS, CONCESSÃO E PAGAMENTO.....	23
SEÇÃO III - DA ATUALIZAÇÃO DO VALOR DO CAPITAL SEGURADO PAGO SOB A FORMA DE RENDA	24

SEÇÃO IV - DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS	24
SEÇÃO V - DOS RESULTADOS FINANCEIROS	24
ANEXO I - COBERTURAS DE RISCO	25
CAPÍTULO I - DO PAGAMENTO ÚNICO POR MORTE	25
CAPÍTULO II - DO PAGAMENTO ÚNICO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	27
CAPÍTULO III - DOS RISCOS EXCLUÍDOS.....	31

TÍTULO I DAS CARACTERÍSTICAS

Art. 1º. A **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA**, com CNPJ de nº **58.768.284/0001-40**, institui o VGBL, VIDA GERADOR DE BENEFÍCIO LIVRE, Conjugado, Seguro de Vida com Cobertura por Sobrevivência, estruturado nos Regimes Financeiros previstos neste regulamento na Modalidade de Contribuição Variável, descrito neste Regulamento e devidamente aprovado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, através do Processo n.º **15414.900482/2017-61**.

PARÁGRAFO ÚNICO. OBSERVADAS AS DEMAIS DISPOSIÇÕES DESTE REGULAMENTO, O PLANO, UNICAMENTE PARA FINS DE SUA CONTRATAÇÃO, E NO QUE DIZ RESPEITO APENAS À COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA, SE BASEARÁ NA TÁBUA BIOMÉTRICA BR-EMSsb NA VERSÃO VIGENTE NA DATA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

Art. 2º Este plano oferece as seguintes coberturas:

- I. Cobertura por sobrevivência, descrita na Seção I do Capítulo III, Título V deste regulamento; e
- II. Coberturas de risco, descrita no ANEXO I deste regulamento

§ 1º. DEVIDO À CARACTERÍSTICA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, A COBERTURA DE RISCO OPCIONAL DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PREVISTA NO ANEXO I NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO REFERENTE A COBERTURA DE RISCO NO PERÍODO.

§ 2º. DEVIDO À CARACTERÍSTICA DO REGIME FINANCEIRO DE CAPITALIZAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE OBRIGATÓRIA PREVISTA NO ANEXO I DESTE REGULAMENTO, NO CASO DE CANCELAMENTO DO PLANO POR INIATIVA DO SEGURADO OU DA SEGURADORA PREVISTAS NA SEÇÃO X, CAPÍTULO I, TÍTULO V DESSE REGULAMENTO, SERÃO DISPONIBILIZADOS OS VALORES DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER (PMBaC), DESDE QUE OS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS DEVIDAMENTE PELO SEGURADO POR, NO MÍNIMO 24 MESES, CONTADOS À PARTIR DA DATA DA EMISSÃO DA APÓLICE.

Art. 3º Além da cobertura por sobrevivência, deverá ser contratada e mantida em vigor ao longo de todo o período de diferimento a cobertura de risco por MORTE constante no ANEXO I, não havendo a possibilidade de cancelamento de quaisquer das coberturas citadas nesse artigo isoladamente.

§1º. Poderá ser contratada opcionalmente a cobertura de risco de INVALIDEZ POR ACIDENTE prevista no anexo I desse regulamento.

§2º. AO TÉRMINO DO PERÍODO DE DIFERIMENTO, A(S) COBERTURA(S) DE RISCO CONTRATADA(S) ESTARÁ(ÃO) AUTOMATICAMENTE CANCELADA(S), NÃO SENDO DEVIDO AO SEGURADO QUALQUER DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS PAGOS.

Art. 4º. O plano tem como objetivo a concessão de capital segurado a pessoas físicas, sob a forma de **RENDA MENSAL VITALÍCIA**, de acordo com as regras estabelecidas neste Regulamento.

Art. 5º. O plano terá, **durante o período de diferimento**, como critério de remuneração da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura de Sobrevivência a rentabilidade da carteira de investimentos do respectivo FIE constante nesse regulamento.

PARÁGRAFO ÚNICO. NÃO HÁ GARANTIA DE REMUNERAÇÃO MÍNIMA, PODENDO OCORRER PERDAS NA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, DADA A POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DE APLICAÇÕES, NA CARTEIRA DO RESPECTIVO FIE, QUE COLOQUEM EM RISCO A INTEGRIDADE DA PROVISÃO.

Art. 6º. Durante o período de diferimento, o plano prevê a aplicação do instituto da comunicabilidade, por meio da qual, em caso de inadimplência do segurado, o valor correspondente à parcela do(s) prêmio(s) vencido(s) e não pago(s), destinado ao custeio das coberturas de risco, será debitado da provisão matemática de benefícios a conceder, nos termos do art. 73.

Art. 7º. Na data de encerramento do período de diferimento, o valor do capital segurado sob a forma de renda prevista neste regulamento será calculado pela aplicação, sobre o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura de Sobrevivência, de Fator de Cálculo do Capital Segurado que considerará taxa de juros efetiva anual e a tábua biométrica BR-EMSsb na sua versão vigente na referida data.

§ 1º. Caso, na data de encerramento do período de diferimento, não haja versão vigente da tábua biométrica BR-EMSsb, será adotada, para efeito de cálculo do fator de renda, a tábua biométrica definida pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP como limite máximo da taxa de mortalidade.

§ 2º. No cálculo do valor da Renda Mensal por Prazo Certo não será considerada a tábua biométrica prevista neste regulamento.

Art. 8º. No período de pagamento de capital segurado relativo à cobertura por sobrevivência, haverá apuração de resultados financeiros durante o prazo de **pagamento do capital segurado sob a forma de renda**, a contar da data de concessão da renda. O percentual de reversão de resultados financeiros será de **75% (setenta e cinco por cento)**.

§ 1º. O percentual de reversão de resultados financeiros não sofrerá redução, ficando sua elevação a critério da seguradora.

§ 2º. No caso de elevação, ela será idêntica para todos os assistidos.

Art. 9º. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores previsto no art. 89, a seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos Órgãos Públicos competentes.

Art. 10. Poderão ser introduzidas alterações no presente Regulamento sempre que houver prévia e expressa anuência de todos os segurados e assistidos, e prévia autorização das autoridades competentes, sendo as decorrentes de imposição legal ou regulamentar de aplicação automática.

Art. 11. Os casos omissos serão resolvidos na forma da legislação vigente.

Art.12. A APROVAÇÃO DESTE PLANO PELA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

Art.13. 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.

Art. 14. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no “caput” deste artigo.

TÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 15. Considera-se:

1. ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal:

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste Seguro:

- I. as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou gravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- II. as intercorrências ou complicações resultantes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- III. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, os similares que venham a ser aceitos pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- IV. 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 da invalidez por acidente pessoal.

2. APÓLICE – documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos;

3. ASSISTIDO – pessoa física em gozo de recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

4. BENEFICIÁRIO – pessoa(s) física(s) indicada(s) livremente pelo segurado para receber os pagamentos relativos ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s) ou resgate da provisão matemática de benefícios a conceder da cobertura por sobrevivência, na hipótese de seu falecimento, de acordo com a estrutura da cobertura contratada e na forma da regulamentação vigente.

5. CAPITAL SEGURADO – o pagamento que o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado recebe em função da ocorrência do evento gerador, sob a forma de pagamento único ou de renda;

6. CARREGAMENTO – importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano;

7. COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA – cobertura que garante o pagamento do capital segurado, pela sobrevivência do segurado ao período de diferimento contratado;

8. COBERTURAS DE RISCO: coberturas que garantem o pagamento de capital segurado na hipótese de ocorrência do evento gerador garantido na definição da respectiva cobertura de risco.

9. COMUNICABILIDADE – instituto que permite a utilização de recursos da provisão matemática de benefícios a conceder, referente à cobertura por sobrevivência, para custeio de cobertura(s) de risco;

10. CONDIÇÕES CONTRATUAIS – conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, do regulamento, da apólice;

11. CONSIGNANTE – pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento dos prêmios devidos pelos segurados e pelo seu respectivo repasse em favor da sociedade seguradora.

12. DÉFICIT – o valor negativo do resultado financeiro;

13. DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS – são as doenças ou lesões, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde;
14. EVENTO GERADOR: é a ocorrência da invalidez total e permanente ou a morte do segurado durante o período de diferimento determinado na proposta de contratação ou a sobrevivência do segurado a esse período.
15. EXCEDENTE – o valor positivo do resultado financeiro;
16. FATOR DE CÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO SOB A FORMA DE RENDA – resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros efetiva anual e **da tábua biométrica BR-EMSsb, na sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento, observado o disposto no § 2º do art. 7º deste regulamento;**
17. FIE – o fundo de investimento especialmente constituído ou o fundo de investimento em quotas de fundos de investimento especialmente constituídos cujos únicos quotistas sejam, direta ou indiretamente, sociedades seguradoras e entidades abertas de previdência complementar, ou, no caso de fundo com patrimônio segregado, segurados e participantes de planos VGBL – Vida Gerador de Benefício Livre ou PGBL – Plano Gerador de Benefício Livre;
18. INÍCIO DE VIGÊNCIA – é a data de aceitação da proposta de contratação pela Seguradora, ou a data de protocolização da proposta no caso de ter ocorrido o pagamento adiantado do prêmio.
19. INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE: aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da constatação.
20. LIMITE DE COMERCIALIZAÇÃO: valor máximo de capital segurado estabelecido pela Seguradora para a(s) cobertura(s) de risco, inferior ao seu limite de retenção.
21. NOTA TÉCNICA ATUARIAL – documento, previamente aprovado pela SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano a que se refere este regulamento;
22. PERÍODO DE CARÊNCIA PARA AS COBERTURAS DE RISCO: período, contado a partir da data de início de vigência, da majoração do capital segurado ou da inclusão de nova(s) cobertura(s) de risco, durante o qual, na ocorrência do evento gerador, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção da(s) cobertura(s) de risco contratada(s) ou da parcela correspondente à majoração do capital segurado.
23. PERÍODO DE CARÊNCIA PARA A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA – período, contado a partir da data de início de vigência, em que não serão aceitas solicitações de resgate ou de portabilidade da provisão matemática de benefícios a conceder;
24. PERÍODO DE COBERTURA – para as coberturas de risco, corresponde ao período de diferimento, durante o qual o segurado ou seus beneficiários farão jus aos capitais segurados contratados e, para a cobertura por sobrevivência, corresponde aos períodos de diferimento e de pagamento do capital segurado.
25. PERÍODO DE DIFERIMENTO – período compreendido entre a data de início de vigência da cobertura por sobrevivência e a data contratada para início de pagamento do capital segurado referente à cobertura por sobrevivência;
26. PERÍODO DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO – período em que o assistido (ou assistidos) fará jus ao pagamento do capital segurado, sob a forma de renda, podendo ser vitalício ou temporário, conforme previsto neste plano;
27. PLANO CONJUGADO – plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência e cobertura(s) de risco, com o instituto da comunicabilidade;
28. PORTABILIDADE – direito garantido aos segurados de, durante o período de diferimento e na forma regulamentada, movimentar os recursos da provisão matemática de benefícios a conceder da cobertura de sobrevivência para outro(s) plano(s) de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência;
29. PRÊMIO – valor correspondente a cada um dos aportes destinados ao custeio da(s) cobertura(s) contratada(s);
30. PROPONENTE – pessoa física interessada em contratar o plano;

31. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – documento, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar o plano conjugado, manifestando pleno conhecimento e aceitação das condições estabelecidas no Regulamento;
32. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA – provisão constituída durante o período de diferimento cujo valor corresponderá ao montante de recursos aportados pelo segurado para fazer face à cobertura por sobrevivência do plano, líquidos de carregamento, quando for o caso.
33. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA DE MORTE – provisão constituída durante o período de pagamento dos prêmios para a cobertura por morte que, em função da característica do regime de capitalização, será constituída para subsidiar o critério de nivelamento dos prêmios do início ao término de vigência contratado.
34. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS – valor atual dos compromissos da seguradora para com o assistido durante o período de pagamento do capital segurado sob a forma de renda;
35. PROVISÃO TÉCNICA DE EXCEDENTES FINANCEIROS – o saldo de excedentes provisionados, a ser utilizado de acordo com o presente Regulamento.
36. REGULAMENTO – instrumento jurídico que contém as condições gerais do plano de seguro, disciplinando os direitos e obrigações das partes contratantes sendo obrigatoriamente entregue ao segurado no ato da inscrição como parte integrante da Proposta de Contratação;
37. RENDA – SÉRIE DE PAGAMENTOS PERIÓDICOS A QUE TEM DIREITO O ASSISTIDO (OU ASSISTIDOS), DE ACORDO COM A ESTRUTURA DO PLANO;
38. RESGATE direito garantido aos segurados e beneficiários de, durante o período de diferimento, retirar os recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder;
39. SEGURADO – pessoa física que contrata o plano;
40. SEGURADORA – a sociedade seguradora autorizada a operar seguro de pessoas;
41. RESULTADO FINANCEIRO – valor correspondente, ao final do último dia útil do mês, à diferença entre o valor da parcela do patrimônio líquido do FIE, correspondente à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, onde estejam aplicados diretamente os respectivos recursos, e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos;

TÍTULO III DA CONTRATAÇÃO DO PLANO

Art. 16. Poderão participar do plano as pessoas físicas que atenderem aos requisitos e dispostas a aderir aos termos deste Regulamento, com idade mínima de 16 (dezesseis) anos e máxima de **64 (sessenta e quatro)** anos, em boas condições de saúde, desde que a idade do proponente no momento da contratação somada à vigência do seguro não ultrapasse os 85 (oitenta e cinco) anos.

Art. 17. A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO É INDIVIDUAL, DEVENDO O PROPONENTE, ALÉM DE ASSINAR E DATAR, PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS, INCLUSIVE, SEUS BENEFICIÁRIOS E O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DE CADA UM PARA CADA COBERTURA CONTRATADA.

§ 1º. O PROPONENTE menor, por ocasião do preenchimento da Proposta de CONTRATAÇÃO, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

§ 2º. NÃO HAVENDO EXPRESSA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, OU SE POR QUALQUER MOTIVO NÃO PREVALECER A QUE FOR FEITA, O CAPITAL SEGURADO SERÁ PAGO POR METADE AO CÔNJUGE NÃO SEPARADO JUDICIALMENTE, E O RESTANTE AOS HERDEIROS DO SEGURADO, OBEDECIDA A ORDEM DA VOCAÇÃO HEREDITÁRIA PREVISTA NO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. NA AUSÊNCIA DO CÔNJUGE E DOS HERDEIROS LEGAIS, SERÃO BENEFICIÁRIAS AS PESSOAS QUE PROVAREM QUE A MORTE DO SEGURADO AS PRIVOU DOS MEIOS NECESSÁRIOS À SUBSISTÊNCIA.

§ 3º. O SEGURADO PODE ALTERAR O BENEFICIÁRIO (OU BENEFICIÁRIOS), MEDIANTE COMUNICAÇÃO À SEGURADORA, DURANTE O PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Art. 18. A Proposta de Contratação será protocolizada na seguradora, que comprovará, para cada proponente, a data do respectivo protocolo.

Art. 19. A partir da data de protocolo da Proposta de Contratação, sua aceitação se dará automaticamente, caso, no prazo máximo de quinze dias, não haja manifestação em contrário por parte da seguradora.

§ 1º. A solicitação de documentos ou dados complementares pela seguradora poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no “caput” deste artigo, hipótese em que tal prazo ficará suspenso.

§ 2º. A suspensão a que se refere o § 1º cessará com a protocolização dos documentos ou dos dados complementares solicitados para análise do risco.

§ 3º. É NULA DE PLENO DIREITO A CONTRATAÇÃO DO PROPONENTE OU REPRESENTANTE LEGAL QUE PRESTAR DECLARAÇÕES FALSAS, ERRÔNEAS OU INCOMPLETAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, ADULTERANDO OU OMITINDO CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUENCIAR A AVALIAÇÃO DO RISCO E A SUA ACEITAÇÃO PELA SEGURADORA.

§ 4º. A NULIDADE DA CONTRATAÇÃO, EM RAZÃO DAS CAUSAS MENCIONADAS NO PARÁGRAFO ANTERIOR, ACARRETERÁ A PERDA DE TODOS OS DIREITOS E BENEFÍCIOS, BEM COMO DOS VALORES PAGOS PARA CUSTEAR A(S) COBERTURA(S) DE RISCO, NOS TERMOS DA REGULAMENTAÇÃO VIGENTE, SENDO ASSEGURADO AMPLO DIREITO DE DEFESA.

§ 5º. A não aceitação será comunicada, por escrito, fundamentada na legislação vigente ou no caso previsto no parágrafo anterior, com a pronta devolução do valor aportado, atualizado, até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

Art. 20 Para aceitação da proposta de contratação, a seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.

Art. 21 A contratação do plano será formalizada com a assinatura, protocolização e aceitação da proposta de contratação e emissão da respectiva apólice pela seguradora.

Art. 22 As obrigações da seguradora decorrentes do plano contratado somente serão exigíveis a partir do início de vigência, observados os períodos de carência previstos neste regulamento.

Art. 23 O segurado poderá contratar mais de uma cobertura de risco, desde que os seus valores não ultrapassem o limite de comercialização estabelecido pela seguradora.

Art. 24. No caso da Proposta de Contratação ser aceita, a seguradora, no prazo máximo de trinta dias, a contar da data de protocolo da Proposta, emitirá e enviará a Apólice constando, no mínimo, os seguintes elementos:

- a) identificação da seguradora: denominação e CNPJ;
- b) identificação do plano: sigla, denominação e número do processo administrativo pelo qual o plano foi aprovado pela SUSEP;
- c) identificação do segurado e respectivos dados cadastrais;
- d) data de início de vigência do plano; e
- e) data de concessão do capital segurado

Art. 25. Não será cobrada taxa de inscrição nem quaisquer outras taxas, comissões ou valores, a qualquer título.

Art. 26. A proposta de contratação e a apólice indicarão os valores iniciais do(s) prêmio(s) e do(s) capital(is) segurado(s) da(s) cobertura(s) de risco, o período de cobertura, bem como o(s) beneficiário(s), de acordo com as condições constantes deste regulamento.

TÍTULO IV DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

CAPÍTULO I AOS SEGURADOS

Art. 27. A seguradora disponibilizará aos segurados, diariamente, no mínimo, as seguintes informações:

- I. caracterização (tipo e denominação) do plano;
- II. denominação e CNPJ do(s) FIE(s) vinculado(s) ao plano;
- III. valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder a que tem direito o segurado;
- IV. rentabilidade acumulada no mês, no ano civil e nos últimos doze meses;
- V. informação de que o resgate está sujeito à incidência de imposto de renda, conforme a legislação fiscal vigente;
- VI. informação sobre o critério de tributação escolhido pelo segurado;
- VII. o fator de cálculo do capital segurado sob forma de renda da cobertura por sobrevivência será calculado com base na tábua biométrica BR-EMSsb na versão vigente na data de encerramento do período de diferimento, observado o disposto no § 2º do art. 7º deste Regulamento. Em caso de solicitação, o segurado será cientificado, **apenas a título informativo**, do fator de cálculo do capital segurado sob forma de renda, tendo como parâmetro de **tábua biométrica a versão da BR-EMSsb vigente na data do pedido**

PARÁGRAFO ÚNICO. Na hipótese de quitação do(s) prêmio(s) da(s) cobertura(s) de risco contratada(s) pelo instituto da comunicabilidade, além das informações previstas acima, a seguradora colocará à disposição do segurado as seguintes informações:

- I – valor debitado a título de prêmio(s) para quitação da(s) cobertura(s) de risco;
- II – valor debitado à título de carregamento;

Art. 28. A seguradora, durante o período de diferimento, fornecerá aos segurados, entre outras, as seguintes informações relativas à data do encerramento do período imediatamente anterior, até o 10º (décimo) dia útil de cada Ano.

- I. denominação e tipo do plano, precedidos da respectiva sigla;
- II. número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;
- III. denominação e CNPJ do(s) FIE(s) vinculado(s) ao plano;
- IV. valor dos prêmios pagos no período de competência referenciado no extrato;
- V. valor pago a título de carregamento no período de competência referenciado no extrato;
- VI. valor portado de outro plano (ou planos) de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência no período de competência referenciado no extrato;
- VII. valor debitado pelo instituto da comunicabilidade para quitação do(s) prêmio(s) da(s) cobertura(s) de risco contratada(s) no período da competência referenciada no extrato;
- VIII. valor da provisão matemática de benefícios a conceder portado para outro plano (ou planos) de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência no período de competência referenciado no extrato;
- IX. valor da provisão matemática de benefícios a conceder resgatado no período de competência referenciado no extrato;
- X. saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, a que faz jus o segurado, consideradas, assinaladas e especificadas as respectivas movimentações ocorridas no período de competência referenciado no extrato

(prêmios, remuneração, resgates, portabilidades para ou de outros planos de seguros de pessoas com cobertura por sobrevivência, utilização do instituto da comunicabilidade, quitação do valor da contraprestação ou do respectivo saldo devedor, caso contratada assistência financeira, etc.);

- XI. valor do imposto de renda retido na fonte sobre cada resgate efetuado no período de competência referenciado no extrato, observada a legislação fiscal vigente;
- XII. valor dos rendimentos auferidos no ano civil;
- XIII. taxa(s) de rentabilidade anual do(s) FIE(s) vinculado(s) ao plano, no ano civil e nos últimos doze meses;
- XIV. taxa(s) de rentabilidade anual do(s) FIE(s) vinculado(s) ao plano nos três últimos anos civis, tomados como base, sempre, exercícios completos;
- XV. informação sobre o critério de tributação escolhido pelo segurado; e
- XVI. **ressalva de que o fator de cálculo do capital segurado sob forma de renda será calculado com base nas informações atualizadas do segurado, na taxa de juros e na versão da tábua biométrica BR-EMSsb vigente na data de encerramento do período de diferimento, observado o disposto no § 2º do art. 7º deste Regulamento;**

§ 1º No plano em que seja comercializada em conjunto, outra cobertura (ou coberturas), na informação de que tratam os incisos IV e V deste artigo deverão ser discriminados os valores destinados ao custeio de cada cobertura contratada.

Art. 29. No mínimo **10 (dez) dias** antes do término do período de **12 (doze) meses** consecutivos de débitos da provisão matemática de benefícios a conceder da cobertura por sobrevivência, pela aplicação do instituto da comunicabilidade, para quitação do(s) prêmio(s) da(s) cobertura(s) de risco não pagas ou do último débito possível na referida provisão, a seguradora notificará o segurado para que este regularize sua situação, sob pena de cancelamento do plano após a vigência do último prêmio de risco quitado.

PARÁGRAFO ÚNICO. Na hipótese do segurado, notificado na forma do caput deste artigo, não regularizar o pagamento do prêmio, a seguradora deverá notificá-lo do cancelamento do plano.

Art. 30. No mínimo 90 (noventa) dias antes da data prevista para concessão do capital segurado da cobertura por sobrevivência, a seguradora comunicará, por escrito, ao segurado, mediante carta com aviso de recebimento, pelo menos, as seguintes informações:

- I. nome da seguradora;
- II. denominação do plano, precedida da respectiva sigla;
- III. número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;
- IV. taxa de juros contratada e versão vigente da tábua biométrica BR-EMSsb, na data da comunicação, observado o disposto no § 2º do art. 7º deste Regulamento, e respectivo fator de cálculo do capital segurado sob forma de renda, **com a ressalva de que poderão ocorrer alterações em consequência da entrada em vigor, até a data de encerramento do período de diferimento, de nova versão da tábua BR-EMSsb ou em decorrência da hipótese prevista no § 1º do art. 7º.**
- V. índice e critério contratados para atualização de valores durante o período de pagamento do capital segurado sob a forma de renda;
- VI. o saldo acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, na data do informe;
- VII. o valor estimado do capital segurado sob a forma de renda, com base nos dados dos incisos anteriores, **com a ressalva de que será recalculado em função das informações e da tábua biométrica BR-EMSsb vigentes na data de encerramento do período de diferimento, observado o disposto no § 2º do art. 7º deste Regulamento.**
- VIII. a data contratada para início do período de pagamento do capital segurado à vista ou sob a forma de renda;
- IX. critério tributário a ser adotado para os valores recebidos à vista ou sob a forma de renda;
- X. o seu direito de, até a data prevista para concessão do capital segurado, e a seu único e exclusivo critério:

- a) resgatar e/ou portar os recursos para outro plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência, inclusive de outra seguradora, na busca das condições financeiras e de segurança que julgar de sua melhor conveniência; e
 - b) alterar o tipo de renda contratada, por uma das opções previstas no art. 82 deste Regulamento.
- XI. percentual de reversão de resultados financeiros a ser aplicado no período de pagamento do capital segurado sob a forma de renda referente à cobertura por sobrevivência;
 - XII. prazo durante o qual haverá reversão, contado da data de início do período de pagamento do capital segurado sob a forma de renda referente à cobertura por sobrevivência;
 - XIII. época e periodicidade convencionadas para utilização, na forma deste Regulamento, do saldo da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros; e
 - XIV. denominação e CNPJ do FIE no qual estarão aplicados os recursos durante o prazo em que haverá reversão de resultados financeiros.

Parágrafo único. A partir do comunicado de que trata o “caput”, não se aplicam os prazos de que tratam os arts. 47 e 54.

CAPÍTULO II AOS ASSISTIDOS

Art. 31. A seguradora, durante o período de pagamento do capital segurado sob a forma de renda, fornecerá aos assistidos, entre outras, as seguintes informações relativas à data do encerramento do período imediatamente anterior, até o 10º (décimo) dia útil de cada Ano.

- I. denominação do plano, precedida da respectiva sigla;
- II. denominação da cobertura concedida;
- III. número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;
- IV. valor recebido a título de renda, no período de competência referenciado no extrato;
- V. valor do imposto de renda retido na fonte sobre os valores recebidos a título de renda, no período de competência referenciado no extrato, bem como critério tributário adotado para os valores recebidos sob a forma de renda;
- VI. denominação e CNPJ do respectivo FIE;
- VII. demonstrativo, mês a mês, do cálculo do resultado financeiro – excedentes ou déficits – no período de competência, contendo, no mínimo:
 - a) valor da parcela do patrimônio líquido do FIE correspondente à provisão matemática de benefícios concedidos relacionada ao assistido;
 - b) diferença entre o valor mencionado na alínea “a” deste inciso e o saldo da provisão matemática de benefícios concedidos considerado naquela mesma alínea, consignado como “excedente”, se positivo, e como “déficit”, se negativo
- VIII. valor auferido a título de excedente, no período de competência referenciado no extrato, creditado em conta corrente do assistido;
- IX. saldo da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros, consideradas, assinaladas e especificadas as respectivas movimentações ocorridas no período de competência referenciado no extrato (provisionamentos, remuneração, excedentes incorporados à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos ou creditados aos assistidos, e valor utilizado para cobertura de déficits, quando for o caso);
- X. valor do imposto de renda retido na fonte sobre os valores creditados aos assistidos a título de excedentes, no período de competência referenciado no extrato, observada a legislação fiscal vigente.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

Art. 32. A seguradora comunicará a cada um dos segurados e assistidos em até 30 (trinta) dias, a contar do respectivo evento:

- I. qualquer mudança no sistema e critérios de prestação e/ou de divulgação de informações; e
- II. qualquer ato ou fato relevante relativo ao plano ou ao(s) FIE(s), inclusive quaisquer alterações no regulamento do(s) fundo(s).

Art. 33. Sempre que solicitado, a seguradora fornecerá ou colocará à disposição dos segurados e assistidos:

- I. informações relativas ao plano, inclusive com relação aos respectivos valores envolvidos;
- II. dados institucionais e de desempenho do(s) FIE(s), nos quais estão aplicados os recursos pela sociedade seguradora no período de diferimento e no período de pagamento do capital segurado sob a forma de renda, durante o prazo de reversão de resultados financeiros;
- III. exemplar, atualizado, do Regulamento do plano; e
- IV. exemplar do regulamento atualizado do(s) FIE(s), devidamente registrado em cartório de títulos e documentos.

Art. 34. Anualmente, com base nos dados do encerramento do mês de dezembro, e relativamente a todo o ano civil, além das informações de que tratam, conforme o caso, os arts. 28 e 31, serão fornecidas aquelas necessárias ao preenchimento da declaração anual de imposto de renda.

Art. 35. As informações de que trata o presente Título poderão ser disponibilizadas por meio eletrônico, desde que conste da Proposta de Contratação a anuência do segurado.

Parágrafo único. O disposto no “caput” não se aplica às informações de que trata o art. 30, que deverão ser comunicadas por escrito.

Art. 36. Os valores de que trata o presente Regulamento serão informados em moeda corrente nacional.

Parágrafo único. Quando for o caso, na prestação de informações aos segurados, a sociedade seguradora poderá, adicionalmente ao disposto no “caput”, referenciar os respectivos valores em quota(s) do(s) FIE(s).

TÍTULO V DO PERÍODO DE COBERTURA

CAPÍTULO I DO PERÍODO DE DIFERIMENTO

Seção I Dos Prêmios

Art. 37. O valor e a periodicidade dos prêmios poderão ser estipulados na Proposta de Contratação, sendo que a periodicidade para o(s) prêmio(s) da(s) cobertura(s) de risco será mensal.

PARÁGRAFO ÚNICO. Para a cobertura por sobrevivência, será facultado ao segurado efetuar pagamentos adicionais de qualquer valor, em qualquer tempo.

Art. 38. Os prêmios serão pagos pelo segurado, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente, desconto em folha de pagamento ou através de cartão de crédito, conforme estabelecido contratualmente.

§ 1º Será facultado ao segurado o pagamento por mais de uma das formas previstas no “caput”.

§ 2º O pagamento poderá ser feito no primeiro dia útil após o feriado bancário ou fim de semana se a data de vencimento ocorrer nestes dias.

§ 3º Exceto o carregamento convencionado neste Regulamento, é vedada a dedução de quaisquer valores que venham a ser apropriados como receita da seguradora.

Art. 39. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, a fatura de cartão de crédito, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

Art. 40. OBSERVADO O DISPOSTO NO ART. 50 e 51 A INTERRUPÇÃO DEFINITIVA OU TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO DE PRÊMIOS NÃO CONSTITUIRÁ MOTIVO PARA DESLIGAMENTO DO PLANO.

Art. 41. QUANDO O SEGURADO FICAR INADIMPLENTE, ACARRETANDO A INCIDÊNCIA DO INSTITUTO DA COMUNICABILIDADE, A SEGURADORA, COM NO MÍNIMO 10 (DEZ) DIAS DE ANTECEDÊNCIA, CONTADOS DO TÉRMINO DO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES CONSECUTIVOS A QUE SE REFEREM OS PARÁGRAFOS 3º E 4º DO ARTIGO 73, NOTIFICARÁ O SEGURADO PARA QUE ESTE REGULARIZE O PAGAMENTO, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO PLANO COM BASE NO INCISO II DO ART. 65 DESTE REGULAMENTO.

Art. 42. O(s) prêmio(s) destinado(s) ao custeio da(s) cobertura(s) de risco será(ão) calculado(s) atuarialmente segundo a(s) cobertura(s) subscrita(s) e a nota técnica respectiva.

Parágrafo 1º. O prêmio da cobertura de risco por morte será calculado no momento de contratação do plano com base no Capital Segurado, idade do proponente e o prazo de vigência estipulado na proposta.

Parágrafo 2º. O(s) prêmio(s) vencido(s) e não pago(s) antes da aplicação do instituto da comunicabilidade será(ão) acrescido(s) de juros de 1% (um por cento) ao mês e atualizado(s) monetariamente pelo indexador previsto neste regulamento.

Art. 43. Até a ocorrência do evento gerador, os valores dos prêmios destinados ao custeio da(s) cobertura(s) de risco e sobrevivência e o valor do capital segurado da(s) cobertura(s) de risco serão atualizados anualmente no mês de aniversário da inscrição ao plano, pelo **IPCA/IBGE** acumulado nos **12 (doze) meses** que antecedem o **2º (segundo) mês anterior à data de vigência do plano.**

Seção II

Do Carregamento sobre a parcela do prêmio destinada à cobertura por sobrevivência

Art. 44. PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS DO PLANO RELATIVAS À COLOCAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E CORRETAGEM, A SEGURADORA COBRARÁ CARREGAMENTO de 0,00% (ZERO POR CENTO), QUANDO DA EFETIVAÇÃO DE PEDIDOS DE PORTABILIDADES OU RESGATES, SOBRE O SALDO DO VALOR NOMINAL DOS PRÊMIOS PAGOS NA FORMA DO ART. 33, CONTIDO NO MONTANTE DOS RECURSOS PORTADOS OU RESGATADOS, FICANDO A SEGURADORA RESPONSÁVEL POR INFORMAR AO SEGURADO, POR ESCRITO, À ÉPOCA, QUANTO DO VALOR MOVIMENTADO REFERE-SE ÀQUELE SALDO E O RESPECTIVO VALOR DE CARREGAMENTO.

ART. 45. O CARREGAMENTO, O CRITÉRIO E A FORMA DE COBRANÇA CONSTARÃO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NÃO SOFRERÁ AUMENTO, FICANDO SUA REDUÇÃO A CRITÉRIO DA SEGURADORA.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE REDUÇÃO DO CARREGAMENTO, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS SEGURADOS DO PLANO.

Art. 46. NÃO SERÁ COBRADO CARREGAMENTO SOBRE O VALOR DE RECURSOS PORTADOS PARA O PLANO.

Seção III

Do Carregamento sobre a parcela do prêmio destinada à(s) cobertura(s) de risco

Art. 47. O carregamento para fazer face às despesas do plano relativas à colocação, administração e corretagem será de **50% (cinquenta por cento)** sobre as parcelas dos prêmios destinadas às coberturas de risco, sejam elas pagas diretamente pelo segurado ou, em caso de inadimplência, mediante utilização do instituto da comunicabilidade.

PARÁGRAFO ÚNICO. No caso de utilização do instituto da comunicabilidade, o carregamento correspondente às coberturas de risco, acrescido do carregamento referente à cobertura por sobrevivência, deverá respeitar o estabelecido no “caput” desse artigo.

Art. 48. O CARREGAMENTO, O CRITÉRIO E A FORMA DE COBRANÇA CONSTARÃO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NÃO SOFRERÁ AUMENTO, FICANDO SUA REDUÇÃO À CRITÉRIO DA SEGURADORA.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE REDUÇÃO DO PERCENTUAL DE CARREGAMENTO, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS SEGURADOS DO PLANO.

Seção IV

Da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência

Art. 49 O valor da parcela do prêmio pago destinado ao custeio da cobertura por sobrevivência, deduzido, quando for o caso, o carregamento, acrescido do valor das portabilidades de recursos de outros planos de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência, será creditado na provisão matemática de benefícios a conceder, cujo saldo será calculado, diariamente, com base no valor diário das quotas do FIE onde foram aplicados os referidos recursos.

Art. 50. FICA FACULTADO À SEGURADORA EFETUAR O PAGAMENTO DO RESGATE DOS RECURSOS DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA AO SEGURADO, OBSERVADO O DISPOSTO NO ART. 62 DO PRESENTE REGULAMENTO, IMPLICANDO NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO SEGURADO DO PLANO, SE O SALDO FOR INFERIOR A **R\$ 500,00**.

Parágrafo único. O valor constante do “caput” deste artigo tem como data base **04/2017** e será atualizado anualmente, no mês da data base, pela variação do índice de atualização de valores previsto no presente Regulamento.

Art. 51. NA OCORRÊNCIA DE INVIABILIDADE DO FIE PREVISTO NESTE REGULAMENTO, EM FUNÇÃO DOS LIMITES MÍNIMOS DE PATRIMÔNIO LÍQUIDO EXIGIDOS PELA COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS - CVM, A SEGURADORA RESGATARÁ O SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA EM FAVOR DO SEGURADO, OBSERVADO O DISPOSTO NO ART.71 DO PRESENTE REGULAMENTO, IMPLICANDO NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO SEGURADO DO PLANO.

Parágrafo único: Alternativamente ao resgate, será oferecida ao segurado a opção de portar os recursos da provisão matemática de benefícios a conceder da cobertura por sobrevivência para outro plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência.

Seção V

Da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por Morte

Art. 52. A Provisão Matemática de benefícios a conceder da cobertura por Morte será calculada atuarialmente de acordo com a Nota Técnica Atuarial.

Art. 53. O saldo da Provisão matemática de benefícios a conceder (PMBaC) da cobertura de Morte a que faz jus o Segurado será atualizado mensalmente com base na variação do IPCA/IBGE referente ao 2º (segundo) mês anterior ao mês da atualização e taxa de juros de 0% a.a.

Art. 54. A SEGURADORA APLICARÁ OS RECURSOS DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR MORTE NA AQUISIÇÃO DE ATIVOS SEGUNDO AS MODALIDADES,

CRITÉRIOS DE DIVERSIFICAÇÃO, DIVERSIDADE E DEMAIS ASPECTOS CONTIDOS NA REGULAMENTAÇÃO VIGENTE.

Art. 55. O PLANO NÃO PREVÊ REVERSÃO DE RESULTADOS FINANCEIROS PARA A COBERTURA POR MORTE RESULTANTES DOS CRITÉRIOS DE ATUALIZAÇÃO APRESENTADOS NOS PARÁGRAFOS ANTERIORES.

Art. 56. DEVIDO ÀS CARACTERÍSTICAS DAS ATUALIZAÇÕES ATUARIAL E MONETÁRIA DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR MORTE, CASO EXISTA SALDO NA RESPECTIVA PROVISÃO AO TÉRMINO DA VIGÊNCIA, ESTE NÃO SERÁ DEVIDO AO SEGURADO.

Seção VI Do Resgate

Art. 57. INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PRÊMIOS PAGOS, É PERMITIDO AO SEGURADO SOLICITAR O RESGATE, TOTAL OU PARCIAL, DE RECURSOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER CONSTITUÍDA PARA A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, APÓS O CUMPRIMENTO, A CONTAR DA DATA DE PROTOCOLO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO NA SEGURADORA, DE PRAZO DE CARÊNCIA DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS.

§ 1º O SEGURADO NÃO PODE ESTIPULAR RESGATES COM INTERVALO INFERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS.

§ 2º O MONTANTE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER CORRESPONDENTE AO SALDO DEVEDOR DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA, INCLUINDO A INCIDÊNCIA DO IMPOSTO DE RENDA E, QUANDO FOR O CASO, DO CARREGAMENTO, NÃO PODERÁ SER RESGATADO.

§ 3º EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE RESGATE TOTAL E CONSEQUENTE CANCELAMENTO DO PLANO, O MONTANTE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR MORTE PODERÁ SER RESGATADO PELO SEGURADO, DESDE QUE OS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS DEVIDAMENTE POR, NO MÍNIMO 24 MESES, CONTADOS À PARTIR DA DATA DA EMISSÃO DA APÓLICE, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DO ARTIGO 74.

§ 4º O VALOR DO RESGATE A QUE SE REFERE O ARTIGO ANTERIOR NÃO CORRESPONDE À DEVOUÇÃO PLENA DOS PRÊMIOS PAGOS.

Art. 58 Os prazos de que trata o artigo anterior serão idênticos para todos os segurados, podendo ser automaticamente modificados quando contrariarem as normas baixadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP ou pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Parágrafo único. Ocorrendo alteração, a seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, comunicará por escrito a cada um dos segurados os novos prazos que atendam à regulamentação.

Art. 59. Na ocorrência de invalidez total e permanente, comprovada mediante declaração médica, ou morte do segurado, o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, mediante solicitação devidamente instruída e registrada na seguradora, será posto a disposição do segurado ou de seu beneficiário (ou beneficiários) ou seus sucessores legítimos, para recebimento, sem qualquer prazo de carência, à vista ou através de **RENDA MENSAL POR PRAZO CERTO**, conforme sua opção.

§ 1º Para o cálculo da renda de que trata o caput deste artigo serão adotados os seguintes parâmetros:

I - taxa de juros efetiva anual: **0,00 (zero) % aa**

II - prazo máximo de pagamento da renda: **600 (seiscentos) meses.**

§ 2º O pagamento somente será efetuado após pleno reconhecimento do evento gerador pela seguradora.

Art. 60. O pedido de resgate deve ser efetuado com base no saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, mediante registro de solicitação na seguradora, devidamente instruída, especificando / apresentando:

- I. denominação do plano;
- II. valor ou percentual da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder a ser resgatado;
- III. documento de identidade e Cadastro de Pessoas Físicas-CPF;
- IV. dados bancários para a efetivação do pagamento, quando couber;
- V. no caso de invalidez do segurado, declaração médica, atestando ser total e permanente e data de sua caracterização;
- VI. no caso de morte, cópia autenticada da Certidão de Óbito do segurado, Documento de Identidade, Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento e CPF do beneficiário (ou beneficiários); e
- VII. comprovante de residência para os casos exigidos pela legislação vigente.

Art. 61. O pagamento do resgate será efetivado considerando o valor ou percentual estipulado pelo segurado e com base no valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, calculado no segundo dia útil subsequente às respectivas datas por ele determinadas.

§ 1º No caso de pagamento de resgate parcial, o respectivo valor será composto por parcelas calculadas proporcionalmente:

- a) ao somatório do valor nominal dos prêmios pagos pelo segurado; e
- b) demais recursos.

§ 2º Nos casos de invalidez ou morte, será considerado o valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, calculado no segundo dia útil subsequente à data de reconhecimento do evento gerador pela seguradora.

3º O RESGATE TOTAL IMPLICARÁ NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO PLANO.

§ 4º O PAGAMENTO DEVE SER EFETUADO EM CHEQUE CRUZADO, INTRANSFERÍVEL, CRÉDITO EM CONTA CORRENTE, DOCUMENTO DE ORDEM DE CRÉDITO- DOC OU TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA DISPONÍVEL – TED, ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀS RESPECTIVAS DATAS DETERMINADAS PELO SEGURADO OU À DO RECONHECIMENTO DO EVENTO GERADOR DE QUE TRATA O ANEXO I DESTE REGULAMENTO.

Art. 62. SOBRE O VALOR RESGATADO, ALÉM DA COBRANÇA DE CARREGAMENTO POSTECIPADO, NA FORMA DO ART. 44, HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Seção VII Da Portabilidade

Art. 63. INDEPENDENTE DA QUANTIDADE E DO VALOR DOS PRÊMIOS PAGOS, O SEGURADO PODERÁ SOLICITAR PORTABILIDADE, TOTAL OU PARCIAL, PARA OUTRO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COM COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, DESTA OU DE OUTRA SEGURADORA, DE RECURSOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER CONSTITUÍDA PARA A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, APÓS O CUMPRIMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA DE 60 DIAS, A CONTAR DA DATA DE PROTOCOLO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO NA SEGURADORA.

§ 1º O SEGURADO NÃO PODE ESTIPULAR PORTABILIDADES COM INTERVALO INFERIOR A **60 (SESSENTA) DIAS.**

§ 2º Para portabilidade entre planos de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência desta seguradora, os prazos deste artigo serão **nulos**.

§ 3º O MONTANTE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER CORRESPONDENTE AO SALDO DEVEDOR DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA, INCLUINDO A INCIDÊNCIA DO IMPOSTO DE RENDA E, QUANDO FOR O CASO, DO CARREGAMENTO, NÃO PODERÁ SER PORTADO.

Art. 64. Os prazos de que trata o artigo anterior serão idênticos para todos os segurados, podendo ser automaticamente modificados quando contrariarem alterações específicas nas normas baixadas pelo CNSP ou pela SUSEP.

Parágrafo único. Ocorrendo alteração, a seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, comunicará por escrito a cada um dos segurados os novos prazos que atendam à regulamentação.

Art. 65. A portabilidade se dará mediante solicitação do segurado, devidamente registrada na seguradora, informando:

- I. o plano (ou planos) de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência, quando da mesma seguradora; ou
- II. o plano (ou planos) de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência e respectiva seguradora (ou seguradoras), quando para outra sociedade (ou sociedades);
- III. o respectivo valor (ou valores) ou percentual (ou percentuais) do saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder; e
- IV. respectivas datas.

§ 1º Deverá ser anexada, pelo segurado, à solicitação de que trata o “caput”, documento expedido pela sociedade seguradora cessionária, contendo a data em que o plano receptor foi contratado e declaração de que não se opõe à portabilidade, especialmente no que se refere ao valor a ser portado.

§ 2º Nos casos de portabilidade para plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência onde o segurado não esteja inscrito, deverá ser previamente formalizado o preenchimento de Proposta de Contratação e adotadas todas as demais providências previstas na regulamentação em vigor.

Art. 66 A portabilidade será efetivada considerando o valor ou percentual estipulado pelo segurado e com base no valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, calculado no segundo dia útil subsequente às respectivas datas por ele determinadas.

§ 1º A PORTABILIDADE TOTAL IMPLICARÁ NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO PLANO.

Art. 67. A PORTABILIDADE DEVERÁ SER EFETIVADA PELA SEGURADORA CEDENTE DOS RECURSOS ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀS RESPECTIVAS DATAS DETERMINADAS PELO SEGURADO.

Parágrafo único. Os recursos financeiros serão portados diretamente entre as seguradoras, ficando vedado que transitem, sob qualquer forma, pelo segurado.

Art. 68. O segurado deverá receber documento fornecido pela seguradora:

- I. cedente dos recursos, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis, a contar da data de sua portabilidade, atestando a data de sua efetivação, o respectivo valor (ou valores) e seguradora (ou seguradoras) cessionária; e
- II. cessionária dos recursos, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis, a contar das respectivas datas de recepção dos recursos, atestando a data de recebimento e respectivo valor (ou valores) e plano (ou planos).

Art. 69. É vedada a portabilidade de recursos entre segurados.

Art. 70. SOBRE O VALOR DA PORTABILIDADE, ALÉM DA COBRANÇA DE CARREGAMENTO POSTECIPADO, NA FORMA DO ART. 39 DESTE REGULAMENTO, HAVERÁ INCIDÊNCIA DE DESPESAS RELATIVAS ÀS TARIFAS BANCÁRIAS NECESSÁRIAS À PORTABILIDADE.

Seção VIII

Da aplicação dos recursos destinados à cobertura por sobrevivência

Art. 71. Os recursos vertidos para a cobertura por sobrevivência, depois de descontado o carregamento, se for o caso, e/ou portabilidades, serão aplicados, pela seguradora, em quotas do respectivo FIE, até o segundo dia útil subsequente ao da efetiva disponibilidade dos recursos, em sua sede ou dependências, tendo como base o valor da quota em vigor no respectivo dia da aplicação.

Art. 72. A carteira de investimentos do FIE, denominado **PORTO SEGURO RENDA FIXA SOBERANO DIAMANTE FUNDO DE INVESTIMENTO PREVIDENCIÁRIO**, e registrado no CNPJ sob n. ° **02.924.217/0001-13**, será composta: Unicamente por títulos de emissão do Tesouro Nacional e/ou do Banco Central do Brasil e créditos securitizados do Tesouro Nacional.

Seção IX

Da Comunicabilidade

Art. 73. Durante o período de diferimento, o plano prevê a aplicação do instituto da comunicabilidade, por meio da qual, em caso de inadimplência do segurado por prazo superior a **30 (trinta) dias** contados da data de vencimento do primeiro prêmio não quitado, o valor correspondente à parcela do(s) prêmio(s) vencido(s) e não pago(s), destinada ao custeio da(s) cobertura(s) de risco, será debitado do saldo da parcela da provisão matemática de benefícios a conceder da cobertura por sobrevivência correspondente ao somatório dos valores nominais dos prêmios pagos pelo segurado, inclusive os portados.

PARÁGRAFO 1º. NA OCORRÊNCIA DE EVENTO GERADOR DA(S) RESPECTIVA(S) COBERTURA(S) DE RISCO DURANTE O PERÍODO DE INADIMPLÊNCIA ESPECIFICADO NO "CAPUT", SERÁ(ÃO) DEVIDO(S) O PAGAMENTO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S), SENDO DEBITADO O(S) VALOR(ES) DO(S) PRÊMIO(S) NÃO QUITADO(S).

PARÁGRAFO 2º. Não haverá período de carência para aplicação do instituto da comunicabilidade.

PARÁGRAFO 3º. OS DÉBITOS NO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DECORRENTES DA APLICAÇÃO DO INSTITUTO DA COMUNICABILIDADE SE DARÃO POR UM PRAZO DE NO MÁXIMO 12 (DOZE) MESES CONSECUTIVOS, CONTADOS DA DATA DA PRIMEIRA INADIMPLÊNCIA.

PARÁGRAFO 4º. Retomado o fluxo de pagamentos pelo segurado, havendo inadimplência futura, a seguradora reaplicará o instituto da comunicabilidade, observando as condições e prazos previstos no "caput" do artigo e no parágrafo anterior.

PARÁGRAFO 5º. OS DÉBITOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DECORRENTES DA APLICAÇÃO DO INSTITUTO DA COMUNICABILIDADE SERÃO AUTOMÁTICOS, ACARRETANDO REDUÇÃO DO SALDO DA REFERIDA PROVISÃO ATÉ O SEU LIMITE ESTABELECIDO NO ARTIGO 50, EXCETO NAS HIPÓTESES DO INCISO II-b DO ARTIGO 74 E DO PARÁGRAFO SEGUNDO DO MESMO ARTIGO, OBSERVADOS OS PRAZOS CONSTANTES DOS PARÁGRAFOS 3º E 4º DESTE ARTIGO.

PARÁGRAFO 6º. TRANSCORRIDOS 30 (TRINTA) DIAS APÓS O TÉRMINO DOS PRAZOS PREVISTOS NOS PARÁGRAFOS 3º E 4º SEM QUE O SEGURADO RETOME O PAGAMENTO DO PRÊMIO, OU APÓS A REDUÇÃO DO SALDO DA REFERIDA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER ATÉ O LIMITE PREVISTO NO INCISO II DO ART. 50, O PLANO SERÁ CANCELADO SEM QUE SEJA DEVIDA

AO SEGURADO OU SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) A PERCEPÇÃO PROPORCIONAL DE QUALQUER CAPITAL SEGURADO REFERENTE ÀS COBERTURAS DE RISCO.

PARÁGRAFO 7º. Os prazos e condições previstos no “caput” do artigo e nos parágrafos anteriores poderão ser alterados caso haja norma contrária baixada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP ou pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

**Seção X
Do Cancelamento**

Art. 74. O cancelamento do plano poderá ser feito mediante:

- I. Solicitação pelo segurado, devendo fazê-lo por escrito, a qualquer momento.
- II. **POR INICIATIVA DA SEGURADORA, QUANDO:**
 - a) **O SEGURADO, NOTIFICADO PELA SEGURADORA PARA REGULARIZAR O PAGAMENTO DO PRÊMIO, NÃO O FIZER NOS PRAZOS ESTIPULADOS NESSE REGULAMENTO;**
 - b) **O SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER FOR INFERIOR AO VALOR DA PARCELA DO PRÊMIO DESTINADA AO CUSTEIO DA COBERTURA DE RISCO.**

Art. 75. A SEGURADORA NOTIFICARÁ O SEGURADO SOBRE A EFETIVAÇÃO DO CANCELAMENTO, QUE SERÁ EFICAZ APÓS A VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO DE RISCO QUITADO.

PARÁGRAFO ÚNICO. FICA FACULTADO À SEGURADORA EFETUAR O PAGAMENTO DO RESGATE DOS RECURSOS DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA AO SEGURADO, OBSERVADO O DISPOSTO NO ART. 62 DO PRESENTE REGULAMENTO, IMPLICANDO NO AUTOMÁTICO CANCELAMENTO DO PLANO, SE O SALDO FOR INFERIOR A R\$ 500,00.

Art. 76 Tanto na hipótese de cancelamento do plano por iniciativa do segurado, quanto por iniciativa da seguradora, serão observadas as condições previstas nos parágrafos seguintes.

§ 1º O saldo da provisão matemática de benefícios a conceder da cobertura por sobrevivência, quando houver, estará disponível para resgate total ou portabilidade total, respeitadas as carências previstas nos artigos 57 e 63.

Art. 77. NO CASO DE CANCELAMENTO DO PLANO, POR INICIATIVA DO SEGURADO OU DA SEGURADORA, HAVERÁ RESTITUIÇÃO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER (PMBAC) JÁ FORMADA PARA A COBERTURA POR MORTE, DESDE QUE OS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS DEVIDAMENTE PELO SEGURADO POR, NO MÍNIMO 24 MESES, CONTADOS À PARTIR DA DATA DA EMISSÃO DA APÓLICE.

Art. 78. NO CASO DE MORTE DO SEGURADO, O SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR MORTE NÃO É DEVIDO AOS BENEFICIÁRIOS.

§ 1º OS DÉBITOS REFERENTES À COMUNICABILIDADE DE COMPETÊNCIAS AINDA NÃO INICIADAS SERÃO AUTOMATICAMENTE SUSPENSOS E, POR CONSEQUENTE, AS COBERTURAS DE RISCO ESTARÃO CANCELADAS.

**CAPÍTULO II
DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS**

**Seção I
Da Atualização**

Art. 79 No caso de não aceitação da proposta de contratação, deverão ser devolvidos os valores aportados, atualizados pela variação positiva do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do

recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora e/ou multa, conforme seção II deste capítulo.

Art. 80. Os valores devidos, desde a data da ocorrência do evento gerador até a data do efetivo pagamento, não serão atualizados na hipótese da seguradora cumprir o prazo contratualmente estabelecido.

§ 1º Caso o prazo previsto contratualmente seja descumprido, os valores devidos serão atualizados monetariamente desde a data de sua exigibilidade até a data do seu efetivo pagamento, pela variação positiva do índice estabelecido.

§ 2º A atualização de que trata o parágrafo anterior deste artigo será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data em que os valores devidos se tornaram exigíveis e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora e/ou multa, conforme seção II deste capítulo.

Seção II Da Aplicabilidade da Mora

Art. 81. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo previsto contratualmente, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

§ 1º Os juros moratórios serão equivalentes à taxa 1% a.m..

§ 2º Para este plano não será adotada multa.

CAPÍTULO III DO PERÍODO DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Seção I – Cobertura por Sobrevivência Dos Tipos, Concessão e Pagamento

Art. 82. A partir da data de concessão do capital segurado, o assistido receberá uma Renda Vitalícia, calculada com base no saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ao término do período de diferimento, conforme definido a seguir:

I - RENDA MENSAL VITALÍCIA: consiste em uma renda mensal a ser paga vitalícia e exclusivamente ao segurado-assistido. A RENDA CESSA COM O SEU FALECIMENTO, SEM QUE SEJA DEVIDA QUALQUER DEVOLUÇÃO, INDENIZAÇÃO OU COMPENSAÇÃO DE QUALQUER ESPÉCIE OU NATUREZA. PARA CÁLCULO DESTA MODALIDADE DE RENDA SERÃO UTILIZADOS OS SEGUINTE PARÂMETROS:

- I. taxa de juros efetiva anual: 0,00 (zero) % a.a..
- II. tábuas biométricas de sobrevivência:
 - a) sexo masculino: BR-EMSsb-M (male) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento
 - b) sexo feminino: BR-EMSsb-F (female) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento

ART.83. NÃO OBSTANTE AO DIREITO PREVISTO NO INCISO X DO ART. 30, É RECOMENDÁVEL QUE, ATÉ O TRIGÉSIMO DIA ANTERIOR AO DA DATA PREVISTA PARA CONCESSÃO DO CAPITAL SEGURADO, E A SEU ÚNICO E EXCLUSIVO CRITÉRIO, O SEGURADO SOLICITE À SEGURADORA, POR ESCRITO OU POR OUTRA FORMA QUE POSSA SER COMPROVADA, A ALTERAÇÃO DA FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO DE QUE TRATA O ARTIGO ANTERIOR POR PAGAMENTO ÚNICO OU POR UM DOS SEGUINTE TIPOS DE RENDA MENSAL:

II - RENDA MENSAL TEMPORÁRIA: consiste em uma renda mensal a ser paga temporária e exclusivamente ao segurado-assistido durante o período máximo de 600 (seiscentos) meses. A RENDA CESSA COM O SEU FALECIMENTO, OU TÉRMINO DA TEMPORARIEDADE ESTABELECIDADA POR OCASIÃO DA SOLICITAÇÃO PREVISTA NO “CAPUT” DESTE ARTIGO, O QUE OCORRER PRIMEIRO, SEM QUE SEJA DEVIDA QUALQUER DEVOLUÇÃO, INDENIZAÇÃO OU COMPENSAÇÃO DE QUALQUER ESPÉCIE OU NATUREZA. PARA CÁLCULO DESTA MODALIDADE DE RENDA SERÃO UTILIZADOS OS SEGUINTE PARÂMETROS:

- I. taxa de juros efetiva anual: 0,00 (zero) % a.a..
- II. tábuas biométricas de sobrevivência:
 - a) sexo masculino: BR-EMSsb-M (male) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento
 - b) sexo feminino: BR-EMSsb-F (female) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento

III - RENDA MENSAL VITALÍCIA COM PRAZO MÍNIMO GARANTIDO: consiste em uma renda mensal a ser paga vitaliciamente ao segurado-assistido, com prazo mínimo garantido. PARA CÁLCULO DESTA MODALIDADE DE RENDA SERÃO UTILIZADOS OS SEGUINTE PARÂMETROS:

- I. taxa de juros efetiva anual: 0,00 (zero) % a.a..
- II. tábuas biométricas de sobrevivência:
 - a) sexo masculino: BR-EMSsb-M (male) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento
 - b) sexo feminino: BR-EMSsb-F (female) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento

§ 1º O segurado, por ocasião da solicitação prevista no “caput” deste artigo, indicará o prazo, contado a partir da data de concessão do capital segurado, em que será garantido o pagamento da renda.

§ 2º Se, durante o período de pagamento do capital segurado, ocorrer o falecimento do segurado-assistido antes de ser completado o prazo indicado, a renda será paga ao beneficiário (ou beneficiários), na proporção de rateio estabelecida, pelo período restante do prazo mínimo garantido.

§ 3º NO CASO DE FALECIMENTO DO SEGURADO-ASSISTIDO, APÓS O PRAZO MÍNIMO GARANTIDO, A RENDA FICARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADA SEM QUE SEJA DEVIDA QUALQUER DEVOLUÇÃO, INDENIZAÇÃO OU COMPENSAÇÃO DE QUALQUER ESPÉCIE OU NATUREZA AO BENEFICIÁRIO (OU BENEFICIÁRIOS).

§ 4º No caso de um dos beneficiários falecer, a parte da renda a ele destinada será paga aos seus sucessores legítimos, observada a legislação vigente.

§ 5º Na falta de beneficiário nomeado, a renda será paga de acordo com o estabelecido na legislação vigente.

§ 6º Não havendo beneficiário nomeado ou, ainda, em caso de falecimento de beneficiário, a renda será provisionada mensalmente, durante o decorrer do restante do prazo determinado, sendo o saldo corrigido pelo índice de atualização de valores adotado para o plano, até que identificados os beneficiários ou sucessores legítimos, a quem deverão ser pagos o saldo provisionado e, se for o caso, os remanescentes pagamentos mensais.

IV - RENDA MENSAL VITALÍCIA REVERSÍVEL AO BENEFICIÁRIO INDICADO: consiste em uma renda mensal a ser paga vitaliciamente ao segurado-assistido e, no caso de seu falecimento, ao beneficiário indicado no percentual estabelecido, por ocasião da solicitação prevista no “caput”, até a sua morte. PARA CÁLCULO DESTA MODALIDADE DE RENDA SERÃO UTILIZADOS OS SEGUINTE PARÂMETROS:

- I - taxa de juros efetiva anual: 0,00 (zero) % a.a..

II – tábuas biométricas de sobrevivência:

- a) sexo masculino: BR-EMSsb- M (male) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento
- b) sexo feminino: BR-EMSsb-F (female) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento

PARÁGRAFO ÚNICO. NA HIPÓTESE DE FALECIMENTO DO BENEFICIÁRIO, ANTES DO SEGURADO-ASSISTIDO, A REVERSIBILIDADE DA RENDA ESTARÁ EXTINTA, SEM DIREITO A COMPENSAÇÕES OU DEVOLUÇÕES DOS VALORES PAGOS.

V - RENDA MENSAL VITALÍCIA REVERSÍVEL AO CÔNJUGE COM CONTINUIDADE AOS MENORES: consiste em uma renda mensal a ser paga vitaliciamente ao segurado-assistido, reversível ao cônjuge ou companheira (ou companheiro) após o seu falecimento, e na falta deste, reversível temporariamente ao menor (ou menores) até que completem a idade de **24 (vinte e quatro)** anos, conforme o percentual de reversão estabelecido, por ocasião da solicitação prevista no “caput”. PARA CÁLCULO DESTA MODALIDADE DE RENDA SERÃO UTILIZADOS OS SEGUINTE PARÂMETROS:

I - taxa de juros efetiva anual: 0,00 (zero) % a.a..

II – tábuas biométricas de sobrevivência:

- a) sexo masculino: BR-EMSsb-M (male) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento
- b) sexo feminino: BR-EMSsb-F (female) em sua versão vigente na data de encerramento do período de diferimento

§ 1º Por ocasião da solicitação prevista no “caput”, o segurado indicará, nominalmente, 1 (um) ou mais menores de **24 (vinte e quatro)** anos e o seu cônjuge ou companheira (ou companheiro) reconhecida legalmente.

§ 2º Ocorrendo o falecimento do segurado-assistido durante o recebimento do capital segurado sob a forma de renda, o percentual do seu valor estabelecido será revertido vitaliciamente ao cônjuge ou companheira (ou companheiro) indicada. Caso o falecimento do cônjuge ou companheira (ou companheiro) ocorra antes do falecimento do segurado-assistido, a continuidade a este estará extinta, permanecendo apenas a reversão ao menor (ou menores) indicado, no percentual estabelecido, desde que este não tenha atingido a idade limite de **24 (vinte e quatro)** anos.

§ 3º Ocorrendo o falecimento do cônjuge ou companheira (ou companheiro) após o segurado-assistido, a renda será revertida temporariamente ao menor (ou menores) indicado, desde que este não tenha atingido a idade limite de **24 (vinte e quatro)** anos.

§ 4º OCORRENDO O FALECIMENTO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRA (OU COMPANHEIRO) DURANTE O RECEBIMENTO DO CAPITAL SEGURADO SOB A FORMA DE RENDA, E APÓS O MENOR MAIS JOVEM TER ATINGIDO A IDADE DE **24 (vinte e quatro)** ANOS, A RENDA ESTARÁ EXTINTA.

§ 5º Estando os menores em fase de recebimento do capital segurado sob a forma de renda, toda vez que um deles atingir a idade de **24 (vinte e quatro)** anos ou vier a falecer, será procedido novo rateio da renda, em partes iguais, entre os menores remanescentes.

§ 6º Ocorrendo o falecimento do último menor remanescente durante o recebimento do capital segurado sob a forma de renda, esta será paga aos seus sucessores legítimos, até a data que este menor atingiria a idade de **24 (vinte e quatro)** anos, podendo a seguradora, a seu critério, quitar as rendas futuras em uma única parcela.

VI - RENDA MENSAL POR PRAZO CERTO: consiste em uma renda mensal a ser paga por prazo pré-estabelecido ao segurado-assistido, durante o período máximo de 600 (seiscentos) meses. PARA CÁLCULO DESTA MODALIDADE DE RENDA SERÁ UTILIZADO O SEGUINTE PARÂMETRO:

I. taxa de juros efetiva anual: 0,00 (zero) % a.a..

§ 1º O segurado, por ocasião da solicitação prevista no “caput” deste artigo, indicará o prazo, de no máximo 600 (seiscentos), contado a partir da data de concessão do capital segurado, em que será efetuado o pagamento da renda.

§ 2º Se, durante o período de pagamento do capital segurado, ocorrer o falecimento do segurado-assistido antes de ser completado o prazo indicado, a renda será paga ao beneficiário (ou beneficiários), na proporção de rateio estabelecida, pelo período restante do prazo determinado.

§ 3º O PAGAMENTO DA RENDA CESSARÁ COM O TÉRMINO DO PRAZO ESTABELECIDO.

§ 4º No caso de um dos beneficiários falecer, a parte da renda a ele destinada será paga aos seus sucessores legítimos, observada a legislação vigente.

§ 5º Na falta de beneficiário nomeado, a renda será paga de acordo com o estabelecido na legislação vigente.

§ 6º Não havendo beneficiário nomeado ou, ainda, em caso de falecimento de beneficiário, a renda será provisionada mensalmente, durante o decorrer do restante do prazo determinado, sendo o saldo corrigido pelo índice de atualização de valores previsto no art.77, até que identificados os beneficiários ou sucessores legítimos, a quem deverão ser pagos o saldo provisionado e, se for o caso, os remanescentes pagamentos mensais.

Art. 84. O pagamento da primeira parcela da renda mensal será devido 30 (trinta) dias após o término do período de diferimento contratado, sendo os demais pagamentos efetuados a cada 30 (trinta) dias.

Parágrafo único. Não obstante ao direito previsto no inciso X do art. 21, é recomendável que o segurado, até o trigésimo dia anterior ao da data prevista para concessão da renda, exerça a opção, por escrito ou por outra forma que possa ser comprovada, por receber no mês de dezembro de cada ano uma renda adicional, que corresponderá ao valor mensal do capital segurado sob a forma de renda vigente naquele mês.

Art. 85. Os capitais segurados serão pagos, à vista ou sob a forma de renda, mediante cheque nominativo, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou crédito em conta corrente bancária.

ART. 86. SOBRE O VALOR DOS CAPITAIS SEGURADOS PAGOS À VISTA OU SOB A FORMA DE RENDA HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Seção II – Coberturas de Risco Dos Tipos, Concessão e Pagamento

Art. 87. A(s) cobertura(s) de risco será(ão) concedida(s) de acordo com as condições e critérios estabelecidos no ANEXO I deste regulamento.

Parágrafo único. O âmbito geográfico da(s) cobertura(s) de risco será o globo terrestre.

Art. 88. SOBRE O VALOR DOS BENEFÍCIOS HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Seção III **Da Atualização do valor do Capital segurado pago sob a forma de renda**

Art. 89. A partir da sua concessão, o valor do capital segurado sob forma de renda referente à qualquer cobertura será atualizado anualmente, pelo **IPCA (IBGE) Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o **2º (segundo) mês anterior ao de aniversário do pagamento do capital segurado sob a forma de renda.**

§ 1º Além da atualização monetária prevista no “caput”, o valor do capital segurado sob a forma de renda mensal da cobertura por sobrevivência será recalculado na mesma época em função do eventual acréscimo na respectiva Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, decorrente da sua atualização monetária mensal e da atualização anual aplicada às rendas.

§ 2º Os valores dos capitais segurados devidos e não pagos serão atualizados monetariamente, pelo indexador previsto no “caput” deste artigo, a partir da data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento.

§ 3º No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos Órgãos Públicos competentes.

Seção IV **Da Aplicação dos Recursos**

Art. 90. Durante o prazo estabelecido no art. 8º para apuração de resultados financeiros da cobertura por sobrevivência, a totalidade dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e da respectiva Provisão Técnica de Excedentes Financeiros será aplicada exclusivamente em quotas de um único FIE instituído para acolher tais recursos, podendo ser utilizado um dos fundos do período de diferimento.

§ 1º A composição da carteira de investimentos do FIE obedecerá às normas e critérios previstos na regulamentação pertinente, inclusive na vigente para aplicação dos recursos de provisões.

§ 2º A remuneração dos recursos da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros será idêntica à rentabilidade do respectivo FIE.

§ 3º Caso não seja utilizado o mesmo FIE do período de diferimento, a seguradora informará por escrito ao assistido, a denominação e o CNPJ do novo FIE no qual estarão aplicados os recursos da provisão matemática de benefícios concedidos e da respectiva provisão técnica de excedentes financeiros e o número do processo administrativo SUSEP referente ao plano.

§ 4º A informação de que trata o §3º deste artigo deverá ser fornecida no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de início de operacionalização ou utilização do respectivo fundo.

§ 5º Transcorrido o prazo a que se refere o “caput”, a seguradora aplicará o saldo dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos da cobertura por sobrevivência na aquisição de ativos segundo as modalidades, critérios de diversificação, diversidade e demais aspectos contidos na regulamentação vigente.

Seção V **Dos Resultados Financeiros**

Art. 91. O resultado financeiro referente à cobertura por sobrevivência, será apurado ao final do último dia útil de cada mês, durante o prazo de que trata o art. 8º, considerando o patrimônio líquido do FIE onde estejam aplicados os recursos da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos da cobertura por sobrevivência.

Art. 92. Apurado excedente ao final do último dia útil de cada mês, o valor correspondente ao percentual de reversão será incorporado à pertinente Provisão Técnica de Excedentes Financeiros, deduzindo-se eventuais déficits calculados de acordo com o percentual contratado, relativo a períodos anteriores e coberto pela seguradora.

Art. 93. Apurado déficit ao final do último dia útil de cada mês, deverá ser ele totalmente coberto pela seguradora, na mesma data, mediante aporte de recursos à parcela do patrimônio líquido do FIE, onde estejam aplicados diretamente os respectivos recursos, correspondente à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos.

§ 1º Para cobertura do déficit a seguradora utilizará:

I - recursos da respectiva Provisão Técnica de Excedentes Financeiros, que não poderão exceder o valor da parcela do déficit calculado com base no percentual estabelecido para reversão de resultados financeiros ao assistido; e/ou

II - recursos próprios livres da seguradora.

§ 2º Não tendo a respectiva Provisão Técnica de Excedentes Financeiros saldo suficiente para atender ao disposto no inciso I do parágrafo anterior, a seguradora deverá suprir a insuficiência.

§ 3º A insuficiência de que trata o parágrafo anterior, remunerada pela taxa de rentabilidade do respectivo FIE, deverá ser ressarcida através da redução de excedentes futuros a que faça jus o assistido, como estabelecido no presente Regulamento.

§ 4º Os recursos utilizados na cobertura de déficits deverão ser sempre representados por quotas do respectivo FIE onde estejam aplicados diretamente os recursos da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos da cobertura por sobrevivência.

Art. 94. O saldo da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros da cobertura por sobrevivência será calculado diariamente e creditado na conta corrente do assistido **anualmente** no último dia do mês (ou meses) de **Aniversário do pagamento capital segurado sob a forma de renda**.

ANEXO I COBERTURAS DE RISCO

CAPÍTULO I DO PAGAMENTO ÚNICO POR MORTE

Art. 1º. O objetivo desta cobertura é a concessão de um capital segurado na forma de pagamento único, ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em decorrência da morte do segurado ocorrida durante o período de cobertura e observadas as demais condições deste regulamento.

PARÁGRAFO ÚNICO. O PERÍODO DE COBERTURA CORRESPONDERÁ AO PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADAS AS DEMAIS CONDIÇÕES PREVISTAS NESTE REGULAMENTO.

Art. 2º. O segurado poderá, a qualquer tempo, substituir os beneficiários indicados, bem como o percentual de participação de cada um, mediante comunicação à seguradora por escrito ou por outro meio possível de se comprovar e produzirá efeitos a partir da data de protocolo.

Art. 3º. CASO UM OU MAIS BENEFICIÁRIOS VENHAM A FALECER ANTES DO SEGURADO SEM QUE TENHA HAVIDO A ALTERAÇÃO DA INDICAÇÃO, O VALOR CORRESPONDENTE AO PERCENTUAL DA COBERTURA QUE LHE(S) COMPETERIA SERÁ PAGO NA FORMA PREVISTA NA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Art. 4 NÃO HAVENDO EXPRESSA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, OU SE POR QUALQUER MOTIVO NÃO PREVALECER A QUE FOR FEITA, O CAPITAL SEGURADO SERÁ PAGO, METADE AO CÔNJUGE NÃO SEPARADO JUDICIALMENTE, E O RESTANTE AOS HERDEIROS DO SEGURADO, OBEDECIDA A ORDEM DA VOCAÇÃO HEREDITÁRIA PREVISTA NO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. NA AUSÊNCIA DO CÔNJUGE E DOS

HERDEIROS LEGAIS, SERÃO BENEFICIÁRIAS AS PESSOAS QUE PROVAREM QUE A MORTE DO SEGURADO AS PRIVOU DOS MEIOS NECESSÁRIOS À SUBSISTÊNCIA.

Art. 5º. Para habilitação ao recebimento do capital segurado, os beneficiários deverão apresentar a seguinte documentação:

Nos casos de morte natural do segurado:

- I. aviso de sinistro devidamente preenchido pelo beneficiário do seguro (original);
- II. certidão de óbito do segurado (cópia autenticada);
- III. certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito), RG e CPF e comprovante de residência do falecido (cópia simples);
- IV. declaração de únicos herdeiros (original);
- V. certidão de nascimento (se menor), RG, CPF e comprovante de residência do beneficiário (cópia simples). Em se tratando de beneficiário com idade a partir de 16 (dezesesseis) anos, faz-se necessário cópia simples do CPF;
- VI. autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento (original); e
- VII. registro de informações cadastrais, pessoa física, documento disponibilizado pela Seguradora (original).

Nos casos de morte acidental do segurado:

- I. aviso de sinistro devidamente preenchido pelo beneficiário do seguro (original);
- II. certidão de óbito do segurado (cópia autenticada);
- III. certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito), RG e CPF e comprovante de residência do falecido (cópia simples);
- IV. declaração de únicos herdeiros (original);
- V. certidão de nascimento (se menor), RG, CPF e comprovante de residência do beneficiário (cópia simples). Em se tratando de beneficiário com idade a partir de 16 (dezesesseis) anos, faz-se necessário cópia simples do CPF;
- VI. boletim de ocorrência policial (cópia simples);
- VII. laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (cópia simples);
- VIII. carteira nacional de habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples);
- IX. autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento (original); e
- X. registro de informações cadastrais, pessoa física, documento disponibilizado pela Seguradora (original).

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR OU HABILITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, A SEGURADORA PODERÁ EXIGIR OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO CAPUT DO ARTIGO.

Art. 6º. O capital segurado será devido após a data do falecimento do segurado, devidamente comprovado, e será pago em até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação.

Parágrafo 1º. Será suspensa a contagem do prazo de que trata o “caput” no caso de solicitação de nova documentação, sendo facultada no caso de dúvida fundada e justificável, respeitado o disposto no parágrafo único do artigo anterior.

Parágrafo 2º. A suspensão a que se refere o parágrafo 1º cessará com a protocolização da documentação solicitada.

Parágrafo 3º. O não pagamento da indenização no prazo previsto nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

Art. 7º. Para a cobertura de Morte, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do óbito.

Art. 8º. O capital segurado e o prêmio para a cobertura de Morte serão reajustados anualmente com base no IPCA/IBGE, Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado nos **12 (doze) meses** que antecedem o **2º (segundo) mês anterior à data de aniversário do plano ou benefício.**

Art. 9º. AO TÉRMINO DO PERÍODO DE DIFERIMENTO, A COBERTURA DE RISCO CONTRATADA ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADA, NÃO SENDO DEVIDO AO SEGURADO QUALQUER DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS PAGOS.

CAPÍTULO II

Do Pagamento único por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Art.10 Consiste no pagamento do capital segurado ao próprio Segurado, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, quando da alta médica definitiva, a invalidez permanente esteja avaliada e constatada.

§ 1º. O PERÍODO DE COBERTURA CORRESPONDERÁ AO PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADAS AS DEMAIS CONDIÇÕES PREVISTAS NESTE REGULAMENTO.

§ 2º Para fins desta cobertura, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

Art. 11. O pagamento do capital segurado corresponderá aos percentuais descritos na tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

	DISCRIMINAÇÃO	%
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
	Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.....	100
	Perda total do uso de ambos os pés.....	100
	Alienação mental total incurável.....	100
	DISCRIMINAÇÃO	%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho.....	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista.....	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos.....	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos.....	20
	Mudez incurável.....	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior.....	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral.....	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral.....	25
DISCRIMINAÇÃO		%
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores.....	70
	Perda total do uso de uma das mãos.....	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros.....	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.....	30
	Anquilose total de um dos ombros.....	25
	Anquilose total de um dos cotovelos.....	25
	Anquilose total de um dos punhos.....	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano.....	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano.....	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar.....	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.....	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares.....	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

	DISCRIMINAÇÃO	%
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores.....	70
	Perda total do uso de um dos pés.....	50
	Fratura não consolidada de um fêmur.....	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.....	25
	Fratura não consolidada da rótula.....	20
	Fratura não consolidada de um pé.....	20
	Anquilose total de um dos joelhos.....	20
	Anquilose total de um dos tornozelos.....	20
	Anquilose total de um quadril.....	20
	Perda total de um dos pés, isto é perda de todos os dedos e de uma parte do Mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo.....	10
	Amputação de qualquer outro dedo.....	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo ,indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais.....	15
	de 4 (quatro) centímetros.....	10
	de 3 (três) centímetros.....	6
	menos de 3 (três) centímetros sem indenização	

Art. 12. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente novo, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

Art 13. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o capital segurado por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela do do art. 11 para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Art 14. Na falta de indicação do percentual de redução informando-se apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, o capital segurado será calculado, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Art 15. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na tabela, o capital segurado será estabelecido de acordo com a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

Art. 16. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o capital segurado será calculado somando-se os respectivos percentuais, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado previsto para essa cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao capital segurado previsto para sua perda total.

Art. 17. A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do capital segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau da preexistência.

Art. 18. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao capital segurado desta Cobertura.

Art. 19. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Art. 20. Para habilitação ao recebimento do capital segurado, o segurado deverá apresentar a seguinte documentação:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado (original);
- b) RG e CPF e comprovante de residência do Segurado (cópia simples);
- c) Relatório do médico assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas que levaram ao devido diagnóstico e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas dos Segurado (original);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea anterior (original); e
- e) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- f) Registro de informações cadastrais, pessoa física, documento disponibilizado pela Seguradora (original).

§ 1º NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO CAPUT DO ARTIGO.

§ 2º CASO A SEGURADORA DISCORDE DA DECLARAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELO SEGURADO, SERÁ CONSTITUÍDA UMA JUNTA MÉDICA, COMPOSTA POR 3 (TRÊS) MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA SEGURADORA, OUTRO PELO SEGURADO E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS NOMEADOS, CABENDO A CADA UMA DAS PARTES PAGAR OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO, SENDO O CUSTO DO MÉDICO DESEMPATADOR PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELO SEGURADO E PELA SEGURADORA.

§ 3º 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.

Art. 21 Após a entrega da documentação básica exigida pela Seguradora, o prazo máximo para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

§1º. Será suspensa a contagem do prazo de que trata o “caput” no caso de solicitação de nova documentação, sendo facultada no caso de dúvida fundada e justificável.

§2º. A suspensão a que se refere o parágrafo 1º cessará com a protocolização da documentação solicitada.

§ 3º. O não pagamento da indenização no prazo previsto nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

Art. 22. Para a cobertura de Invalidez por acidente, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

Art. 23. O capital segurado e o prêmio serão reajustados anualmente com base no IPCA/IBGE, Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. acumulado nos **12 (doze) meses** que antecedem o **2º (segundo) mês anterior à data de aniversário do plano ou benefício.**

Art. 24. AO TÉRMINO DO PERÍODO DE DIFERIMENTO, A COBERTURA DE RISCO CONTRATADA ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADA.

Art. 25º NÃO É DEVIDA ESTA COBERTURA QUANDO A INVALIDEZ DO SEGURADO DECORRER DOS EVENTOS CLASSIFICADOS COMO RISCOS EXCLUÍDOS DESTES REGULAMENTO, DE ACORDO COM O CAPÍTULO III DO ANEXO I.

CAPÍTULO III DOS RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 26. Estão excluídos das coberturas deste seguro previstas no anexo I os eventos ocorridos em consequência:

- I. do 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;
- II. de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;
- III. de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- IV. epidemias e pandemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes; e
- V. suicídio cometido dentro dos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

Art. 27. NÃO SE CONSIDERA COMO RISCO EXCLUÍDO A MORTE DO SEGURADO PROVENIENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

Art. 28. Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em consequência:

- I – de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes;
- II – tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- III – quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro; e
- IV – do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

Art. 29. Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

- I. Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza e estética.

Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos;

- II. lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável; ou
- III. **Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.**

Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

Art. 30. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto na legislação vigente.