



CONDIÇÕES DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO ITAÚ ITAUVIDA PREMIÁVEL COM GARANTIA DOENÇAS GRAVES

Modelo: Setembro/2009

A Itaú Vida e Previdência S.A., qualificada e assinada no Certificado de Seguro ITAUVIDA PREMIÁVEL, designada **Seguradora**, e o correntista do Banco Itaú S.A., aqui designado e no mesmo Certificado como **Cliente**, contratam Seguro de Vida em Grupo, cujo estipulante é a Fundação Itaú Social, nas condições que seguem:

1 - INFORMAÇÕES PRÉVIAS

1.1 - Estipulante - É a Fundação Itaú Social que contrata a apólice de Seguro de Vida em Grupo n.º 93.7.034.350, emitida pela **Seguradora**.

1.2 - Condições Gerais - É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do plano de seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e do Certificado.

1.3 - Proposta de Seguro ITAUVIDA PREMIÁVEL - É o documento pelo qual o **Cliente** manifesta sua intenção de contratar o seguro, indicando as condições específicas e contém a íntegra destas Condições Gerais.

1.4 - Certificado de Seguro ITAUVIDA PREMIÁVEL - É o documento emitido pela Seguradora, destinado a cada **Cliente**, confirmando a aceitação da Proposta de Seguro ITAUVIDA PREMIÁVEL e integra estas condições.

1.5 - Capital Segurado - É o valor máximo da indenização especificado no Certificado de Seguro ITAUVIDA PREMIÁVEL para cada cobertura contratada do seguro.

1.6 - Beneficiários - São as pessoas indicadas pelo **Cliente** para, no caso de seu falecimento, receber a indenização. Na falta de beneficiário nomeado, a indenização será paga ao seu cônjuge, e, na sua falta, aos seus filhos em partes iguais, e, na sua falta, aos seus ascendentes em partes iguais, e, na sua falta, aos seus irmãos, em partes iguais.

1.7 - Acidente - É o acontecimento com data e hora caracterizadas, exclusiva e diretamente externo ao **Cliente**, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si

só e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a

morte ou invalidez permanente, total ou parcial do **Cliente**.

1.7.1 - Não se inclui no conceito de acidente:

a) a doença (inclusive a profissional e a decorrente de contaminação radioativa ou de exposição a qualquer tipo de radiação), qualquer que seja sua causa, mesmo que provocada ou agravada, direta ou indiretamente, por acidente;

b) as complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos e tratamentos cirúrgicos;

c) decorrências de tratamentos ou exames clínicos, cirúrgicos e medicamentosos, salvo quando necessários em razão direta de acidente.

1.8 - Invalidez Permanente - É a perda ou incapacidade definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, atestada por médico e causada por acidente coberto.

1.9 - Assistência Funeral - É um conjunto de serviços de Assistência 24 horas, que compreendem traslado, funeral, sepultamento ou cremação em caso de morte do **Cliente**.

1.10 - Médico habilitado - será considerado médico habilitado aquele especialista na patologia envolvida, portador de título de especialista.

1.11 - Glossário médico - são os termos médicos utilizados e adaptados nestas condições gerais, que apresentam o seguinte significado:

a) **Acidente Vascular Cerebral** - Isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana, com duração superior à 24 (vinte e quatro) horas, resultante de problemas vasculares e que produz seqüela neurológica definitiva.

b) **AIDS ou SIDA** - síndrome da imunodeficiência adquirida – moléstia decorrente de uma infecção viral, caracterizada por uma deficiência imunológica e associada a infecções oportunistas.

c) **Auto-transplante** - transplante de partes do indivíduo em si próprio.

- d) **Câncer** - crescimento de um tecido diferente das estruturas normais, cuja multiplicação celular é progressiva e sem controle.
- e) **Câncer de próstata - Estágio A₁** - é um câncer localizado, sem evidência de doença progressiva.
- f) **Carcinoma baso-celular** - são tumores de pele que podem ser encontrados em um ou vários locais com a forma de um nódulo, ou ter um crescimento atingindo uma área maior.
- g) **Carcinomas "in situ"** - tipo de câncer que ainda não se tornou invasor.
- h) **Cirurgia Coronariana** - Cirurgia de 2 (duas) ou mais artérias coronárias ("By pass") que visa restabelecer o fluxo sanguíneo adequado no músculo cardíaco.
- i) **Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Artéria Aorta** - Cirurgia cardíaca aberta que visa recuperar ou substituir uma válvula cardíaca ou corrigir um estreitamento, dissecação ou aneurisma (dilatação) da aorta.
- j) **Doenças Preexistentes** - São todas as doenças ou moléstias e estados clínicos, que exigiram consulta médica e/ou exames complementares, que indicaram orientação ou tratamento em data cujo diagnóstico tenha se dado anteriormente à contratação do seguro.
- k) **Displasia cervical** - crescimento desordenado de células no colo uterino, que podem evoluir para o câncer.
- l) **Hemorragia intracraniana** - sangramento em tecido cerebral por extravasamento de sangue do vaso sanguíneo.
- m) **Hipóxia** - falta de oxigenação na célula.
- n) **Infarto Agudo do Miocárdio** - Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado na área respectiva.
- o) **Insuficiência Renal crônica terminal** - Estágio final da patologia renal com falência funcional de ambos os rins e conseqüente indicação de hemodiálise permanente ou transplante renal.
- p) **Isquemia cerebral** - diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral.
- q) **lesões pré-neoplásicas** - são determinadas condições, que podem evoluir para o câncer.
- r) **leucemia linfóide crônica** - é um câncer da medula óssea, caracterizado por um aumento acentuado de um tipo de glóbulos brancos.
- s) **Melanoma maligno invasivo** - é um câncer, predominantemente localizado na pele, com contorno e pigmentação (coloração) irregular e que pode atingir outras estruturas mais profundas.
- t) **Paralisia** - Perda total, irreversível e permanente da função de 2 (dois) ou mais membros como resultado de lesão ou doença medular.
- u) **Procedimentos intra arteriais** - procedimentos realizados no interior dos vasos sanguíneos arteriais objetivando sua desobstrução e restauração e restabelecimento do fluxo sanguíneo.
- v) **Sarcoma de Kaposi** - câncer de localização principalmente na pele, que pode estar associado a outras doenças, cuja forma consiste em várias placas ou nódulos de coloração púrpura a vermelha.
- w) **Transplante de Órgãos Vitais** - indicação médica de transplante, devido a perda irreversível da função dos seguintes órgãos: rim, fígado, coração, pulmão, coração e pulmão, pâncreas ou medula óssea.
- 1.12 - Membros da família** - são, para os efeitos deste contrato, os ascendentes, os descendentes, o cônjuge, os colaterais até o quarto grau do **Cliente**, bem como esses mesmos parentes do cônjuge do **Cliente**

2 - FINALIDADE DO SEGURO

A **Seguradora** pagará a indenização conforme segue:

2.1 - Ao(s) beneficiário(s) do seguro indicado(s) pelo **Cliente** no caso de sua morte, natural ou por acidente, ocorrida durante a vigência do seguro.

2.2 - Ao próprio **Cliente**, no caso de sua Invalidez Permanente por Acidente ou de uma das doenças de que trata o item 4 - Doenças Graves, ocorrida ou diagnosticada durante a vigência do seguro.



CONDIÇÕES DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO ITAÚ ITAUVIDA PREMIÁVEL COM GARANTIA DOENÇAS GRAVES

2.3 - Desde que acionada, em caso de morte do Cliente, a Seguradora prestará o serviço de assistência funeral.

3 - INVALIDEZ PERMANENTE

Concluído o tratamento médico e verificada a existência de invalidez permanente, a **Seguradora** pagará ao **Cliente** indenização de acordo com a “Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente” - Tabela I - destas condições.

3.1 - Se a invalidez for parcial, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional à percentagem prevista na referida tabela para perda total do membro ou órgão lesado.

3.2 - Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do **Cliente**, independentemente de sua profissão.

3.3 - Quando do mesmo acidente resultar em invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, CUJO TOTAL NÃO PODE EXCEDER A 100% (CEM POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO.

3.3.1 - HAVENDO DUAS OU MAIS LESÕES DE UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO, A SOMA DAS PERCENTAGENS CORRESPONDENTES NÃO EXCEDERÁ A PERCENTAGEM PREVISTA PARA SUA PERDA TOTAL.

3.4 - A PERDA OU MAIOR REDUÇÃO FUNCIONAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE SERÁ, EM PERCENTAGEM, DEDUZIDA DO GRAU DE INVALIDEZ DEFINITIVA.

3.5 - A PERDA DE DENTES NÃO SERÁ CONSIDERADA INVALIDEZ PERMANENTE.

3.6 - No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão das lesões bem como sobre o grau de invalidez, o **Cliente** concorda, desde já, em submeter-se a uma junta médica constituída de três médicos especialistas sendo um indicado pela **Seguradora**, outro pelo **Cliente** e o terceiro desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

3.6.1 - Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado, os

honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo **Cliente** e **Seguradora**.

3.7 - As suas custas o **Cliente** comprovará à **Seguradora** a data, as circunstâncias e o grau de invalidez.

3.8 - Acumulação de indenizações

As indenizações por invalidez permanente e morte por acidente não se acumulam; paga uma indenização por invalidez permanente, e ocorrendo a morte do **Cliente** em consequência do mesmo acidente a **Seguradora** pagará a indenização devida em razão da morte, reduzida da quantia já paga por conta da invalidez permanente.

4 - DOENÇAS GRAVES

Garante o pagamento de uma indenização ao **Cliente** no valor estabelecido para esta cobertura na Proposta de Seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças cobertas por esta cláusula, **DIAGNOSTICADA DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO**, observadas as condições aqui enumeradas.

4.1 - Caracterização das Coberturas

Encontram-se cobertas as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, devendo seus diagnósticos preencherem os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde e COMUNICADOS À SEGURADORA DENTRO DE 60 (SESSENTA) DIAS A CONTAR DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE.

a) CÂNCER - Deve ser diagnosticado por **médico habilitado** em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;

b) INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - Deve ser diagnosticado por **médico habilitado** em cardiologia ou cuidados intensivos e demonstrado por:

- queixa clínica característica;
- alteração das enzimas cardíacas;
- alterações eletrocardiográficas;
- ecocardiograma.

c) CIRURGIA DE VÁLVULAS CARDÍACAS E CIRURGIA DE ARTÉRIA AORTA - Deve ser

indicada por médico cirurgião cardiovascular habilitado, respaldado de exames complementares apropriados, como cateterismo cardiovascular e ecocardiograma.

d) CIRURGIA CORONARIANA - A necessidade da cirurgia tem que ter sido comprovada por exame de cateterismo coronariano.

e) ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - Deve ser diagnosticado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrado por exames complementares apropriados. A existência de déficit neurológico nos últimos três meses deve ser provada.

f) INSUFICIÊNCIA RENAL Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada por exames complementares apropriados.

g) PARALISIA - Deve ser diagnosticada por médico habilitado em neurologia e demonstrada por exames complementares apropriados.

h) TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS - Deve ser indicada por médico habilitado na especialidade da patologia em questão.

4.2 - SOMENTE HAVERÁ COBERTURA PARA A PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA E COMUNICADA À SEGURADORA. EM HIPÓTESE NENHUMA HAVERÁ ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UMA DOENÇA GRAVE.

4.2.1 - APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, AS COBERTURAS DE QUE TRATAM ESTA CLÁUSULA FICAM AUTOMATICAMENTE CANCELADAS. SENDO O PRÊMIO DEVIDO ATÉ O ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO.

4.3 - NENHUM BENEFÍCIO SERÁ PAGO COM BASE EM DIAGNÓSTICOS FEITOS POR UMA PESSOA QUE SEJA MEMBRO DA FAMÍLIA DO CLIENTE OU QUE ESTEJA VIVENDO NA MESMA RESIDÊNCIA DO CLIENTE, INDEPENDENTE DESTA PESSOA SER UM MÉDICO HABILITADO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE.

4.4 - Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item 4.1, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Cliente, bem como solicitar qualquer outro tipo de

documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

4.4.1 - O Cliente deverá autorizar, por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da **Seguradora**, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

4.4.2 - Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Cliente e seu médico assistente.

4.4.3 - Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

4.5 - No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, o Cliente concorda desde já a submeter-se a uma junta médica constituída de 3 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Cliente e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Cliente e pela Seguradora.

5 - ASSISTÊNCIA FUNERAL

Garante a prestação de um conjunto de serviços de Assistência 24 horas em caso de Morte do **Cliente**. OS VALORES DAS DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO ESTÃO LIMITADOS AO CAPITAL SEGURO INDICADO NA PROPOSTA DE SEGURO.

5.1 - ATENDIMENTO

NA OCORRÊNCIA DO ÓBITO DO CLIENTE, A FAMÍLIA **DEVERÁ** ACIONAR O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ATRAVÉS DO BANKFONE, QUANDO SERÃO TOMADAS TODAS AS PROVIDÊNCIAS PARA O FUNERAL.

5.2 - TRASLADO

Em todo o território nacional, garante o transporte, através do meio mais adequado, em urna mortuária apropriada, do corpo do Cliente, do local onde ocorreu o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de

sepultamento. Caso seja indispensável e exista a necessidade legal de um membro da família para liberação do corpo, será providenciada 1 (uma) passagem de ida e volta classe econômica e despesas de hospedagem (padrão 3 estrelas).

5.3 - FUNERAL

O funeral será providenciado por uma funerária local, e serão fornecidos os seguintes itens:

- urna de madeira maciça, luxo, moldura, seis ou oito alças, forrada com perlon ou façônê, travesseiro solto, acolchoada e acabamento externo em verniz alto brilho;
- duas coroas de flores
- ornamentação de luxo da urna
- manta mortuária e véu;
- carro fúnebre;
- registro em cartório
- livro de presença;
- jogo de paramento e velas;
- taxa da capela.

5.4 - SEPULTAMENTO

O sepultamento ocorrerá em jazigo da família, ou, não havendo, em jazigo a ser locado pelo período de até 3 (três) anos, na cidade brasileira indicada pela família do Cliente, ou, caso seja comprovadamente inviável, na cidade mais próxima pela mesma indicada.

5.5 - CREMAÇÃO

A cremação será realizada na forma e condições estabelecidas na legislação vigente, com traslado da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima onde existir o serviço de cremação e o retorno das cinzas aos familiares.

6 - EVENTOS NÃO COBERTOS

ESTE SEGURO NÃO COBRE E A SEGURADORA NÃO INDENIZARÁ:

6.1 - OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE OU MORTE, NATURAL OU POR ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA NA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES, DECORRENTES DE:

6.1.1 - USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOÇÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

6.1.2 - ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES;

6.1.3 - DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE SEGURO ITAUVIDA, DESDE QUE DIAGNOSTICADAS EM DATA ANTERIOR À DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO

6.2 - OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE OU MORTE POR ACIDENTE DECORRENTES DE:

6.2.1 - DOENÇAS QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO.

6.2.2 - QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS; PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS; PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES; SUICÍDIO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO; INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS,; DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

6.2.3 - COMPETIÇÕES EM AERONAVES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;

6.2.4 - QUAISQUER ALTERAÇÕES MENTAIS, INCLUSIVE AS CONSEQUENTES DO USO DE ÁLCOOL, DE DROGAS, DE ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;

6.2.5 - FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

6.2.6 - ATO NOTORIAMENTE PERIGOSO E DESNECESSÁRIO EM FACE DAS CIRCUNSTÂNCIAS;

6.2.7 - PRÁTICA DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES E



CONDIÇÕES DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO ITAÚ ITAUVIDA PREMIÁVEL COM GARANTIA DOENÇAS GRAVES

AERONAVES SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO LEGAL.

6.2.8 - CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

6.3 - NOS CASOS DE DOENÇAS GRAVES

6.3.1 - CÂNCER:

- CARCINOMAS "IN SITU" (INCLUINDO DISPLASIA CERVICAL) E OUTRAS LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS;
- CARCINOMA BASO-CELULAR;
- SARCOMA DE KAPOSÍ E OUTROS TUMORES ASSOCIADOS À AIDS;
- LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA;
- ESTÁGIO A₁ DO CÂNCER DE PRÓSTATA;
- CÂNCER DE PELE EXCETO MELANOMA MALIGNO INVASIVO.

6.3.2 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:

- INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS POR ELETROCARDIOGRAMA.

6.3.3 - CIRURGIA CORONARIANA:

- ANGIOPLASTIA, PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS.

6.3.4 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:

- ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS;
- QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA NÃO RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR;
- LESÃO CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA.

6.3.5 - PARALISIA:

- QUALQUER FORMA DE PARALISIA TEMPORÁRIA.

6.3.6 - TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:

- TODOS OS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NO ITEM 1.11-w;
- TRANSPLANTE DE TECIDO;
- AUTO-TRANSPLANTE, EXCETO MEDULA ÓSSEA.

6.4 - NOS CASOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

ALÉM DOS EVENTOS DESCRITOS NOS ITENS 6.1 E 6.2, NÃO ESTÃO COBERTAS AS DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE TERRENOS, JAZIGOS OU CARNEIROS.

6.5 - EM QUALQUER COBERTURA

6.5.1 - SE HOUVER DESCUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÕES PREVISTA EM LEI OU NESTE CONTRATO.

6.5.2 - SE FOR VERIFICADA INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES CONSTANTES DA PROPOSTA DE SEGURO

ITAUVIDA QUE POSSA INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU PRECIFICAÇÃO DO RISCO.

7 - ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O âmbito territorial da cobertura é no Brasil e no Exterior, exceto para a Cobertura de Assistência Funeral quando serão prestados os serviços somente em Território Nacional.

8 - LIMITES DE CAPITALS SEGURADOS

O capital segurado é estabelecido pelo próprio **Cliente**, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela **Seguradora**, seja na contratação ou durante a vigência do seguro, por manifestação do **Cliente** ou oferta da **Seguradora**.

9 - PREÇO DO SEGURO

O preço do seguro na contratação é calculado em função da idade do cliente e determinado pela aplicação do capital segurado da cobertura de morte natural à taxa para as coberturas de morte natural, por acidente e invalidez permanente, mais a aplicação do capital segurado da cobertura de doenças graves à taxa de doenças graves e mais a aplicação do capital segurado da cobertura de assistência funeral à taxa de assistência funeral (item "Dados do Seguro" da Proposta).

9.1 - A forma de pagamento do preço do seguro é o indicado no item "Forma de Pagamento" da Proposta.

9.2 - Se o **Cliente** optar pelo pagamento mensal do seguro, através de débito em conta, fica autorizada a cobrança do mesmo em sua conta, no dia por ele indicado, conforme item "Dados Bancários" da Proposta.

9.4 - Caso a data de vencimento de qualquer parcela do seguro ocorra em feriado bancário ou fim de semana, o pagamento do preço poderá dar-se no primeiro dia útil subsequente.

10 - TAXAS DO SEGURO

As taxas do seguro, para cada R\$ 1.000 (hum) mil do capital segurado, para as coberturas de morte natural ou por acidente, invalidez



CONDIÇÕES DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO ITAÚ ITAUVIDA PREMIÁVEL COM GARANTIA DOENÇAS GRAVES

permanente e doenças graves são fixadas de acordo com a idade do cliente, conforme a Tabela II. A taxa para a cobertura de assistência funeral está estabelecida conforme a **Tabela III** destas condições gerais.

10.1 - A cada 3 (três) anos, contados a partir da data de inclusão na apólice, haverá reenquadramento de taxa, de acordo com a idade do **Cliente** na época.

10.2 - As taxas são baseadas na experiência estatística dos eventos de que tratam as coberturas deste seguro, podendo sofrer alterações, independentemente do reenquadramento de taxas previsto no item acima, no mês de janeiro de cada ano.

11 - VIGÊNCIA DO SEGURO

O seguro terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da 1ª parcela do preço do seguro e fica condicionado à aceitação da proposta pela **Seguradora**, que no prazo de 15 (quinze) dias do seu recebimento, manifestará a recusa ou, no silêncio, terá celebrado o contrato.

A **Seguradora** informará ao **Cliente** se a proposta não for aceita, devolvendo-lhe o valor recebido acrescido da Taxa Referencial divulgada pelo Banco Central relativa ao dia do recebimento pela **Seguradora** calculada na forma Pro-rata dia até a data da efetiva restituição.

12 - RENOVAÇÃO

12.1 - Se o **Cliente** não receber a proposta de renovação, deverá comunicar o fato à **Seguradora**, que informará ao **Cliente** se pretende renovar o seguro.

12.2 - O NÃO PAGAMENTO DO PREÇO OU DE SUA PRIMEIRA PARCELA NAS CONDIÇÕES DA PROPOSTA, SIGNIFICA DESISTÊNCIA DA RENOVAÇÃO PELO **CLIENTE**.

13 - ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

13.1 - De acordo com a Resolução 007/96 do Conselho Nacional de Seguros Privados, os capitais segurados e o preço serão atualizados

no aniversário do certificado, com base na variação anual do IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), apurado com 2 (dois) meses de antecedência.

13.2 - O IGPM é publicado pela Fundação Getúlio Vargas, e na hipótese de sua extinção será substituído pelo que vier a ser acordado entre o **Estipulante** e a **Seguradora**.

14 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Ocorrendo um sinistro, desde que o Seguro não esteja cancelado ou o evento prescrito como não coberto, deverá ser ele comunicado assim que possível à **Seguradora**, pelo Cliente ou seu representante legal.

Os documentos exigíveis para análise são:

14.1 - No caso de Morte do Cliente

- a) Cédula de identidade e CPF;
- b) Aviso de sinistro;
- c) Certidão de Óbito;
- d) Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal, no caso de morte por acidente;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, no caso de morte por acidente;
- f) Carteira Nacional de habilitação (no caso de acidente automobilístico, se o **Cliente** era o motorista envolvido)

14.2 - No caso de Invalidez Permanente do Cliente

- a) Cédula de identidade e CPF;
- b) Aviso de sinistro;
- c) Boletim de Ocorrência Policial;
- d) Exame de Corpo de Delito;
- e) Relatório médico preenchido pelo médico que prestou o primeiro atendimento;
- f) Relatório médico após a alta clínica definitiva, anexando radiografias e exames

14.3 - No caso de Doença Grave

- a) Cédula de identidade e CPF;
- b) Aviso de sinistro;
- c) Laudo médico detalhado assinado pelo médico assistente, desde que devidamente habilitado, contendo o diagnóstico;
- d) Exames complementares comprovando os diagnósticos e do competente prontuário médico em caso de internações hospitalares.

14.4 - Em casos de dúvida, a **Seguradora** poderá exigir outros documentos para análise, além dos contratualmente previstos.

14.5 - Após cumpridas todas as exigências e comprovada a cobertura do sinistro, a



CONDIÇÕES DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO ITAÚ ITAUVIDA PREMIÁVEL COM GARANTIA DOENÇAS GRAVES

Seguradora terá um prazo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

15 - CANCELAMENTO

As coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- I) quando o cancelamento do seguro for solicitado pelo Segurado;
- II) com a não renovação anual do seguro;
- III) quando ocorrer o pagamento de indenização em função do falecimento do Segurado;
- IV) com o cancelamento da apólice.

15.1 - O não pagamento de qualquer parcela até o seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro, após decorrido o tempo de cobertura proporcional ao valor pago.

16 - VIGÊNCIA DA APÓLICE

A apólice de seguro ITAUVIDA, a qual aderiu o **Cliente**, vigora a partir de 1º de Janeiro de cada ano, pelo prazo de 1 (hum) ano, podendo ser renovada pelo **Estipulante** junto à **Seguradora**.

16.1 - A apólice será cancelada, obrigatoriamente, se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações tais que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção.

16.2 - Além da situação acima, a apólice poderá ser cancelada no seu aniversário, se houver manifestação contrária do **Estipulante** ou da **Seguradora**, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

17 - OUTROS SEGUROS

Nenhum **Cliente** poderá ser incluído em mais de um Certificado de Seguro, com a cobertura de Doenças Graves, nas apólices emitidas por esta **Seguradora**. Na hipótese de um **Cliente** ser incluído mais de uma vez, a **Seguradora** considerará o **Cliente** coberto apenas pelo Certificado de Seguro que tenha sido emitido primeiro. Nessa hipótese, o prêmio relativo ao certificado não utilizado será restituído ao Cliente.

18 - TOLERÂNCIA

A tolerância de uma das partes quanto ao descumprimento de qualquer obrigação pela outra parte não significará renúncia ao direito de exigir o cumprimento da obrigação, nem perdão, nem alteração do que foi aqui contratado.

19 - FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente contrato de seguro será, sempre, o do domicílio do **Cliente**.

SOLUÇÃO AMIGÁVEL DE CONFLITOS

Para a solução amigável de conflitos relacionados a este contrato, o Cliente poderá dirigir seu pedido ou reclamação à sua agência do Itaúbanco. O Itaúbanco coloca ainda à disposição do Cliente o SAC - Itaú (0800 728 0728) e o Fale Conosco (www.itaubanco.com.br). Se não for solucionado o conflito, o Cliente poderá recorrer à Ouvidoria Corporativa Itaú (0800 570 0011), em dias úteis, das 9 às 18 horas, Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 722 1722.

TABELA I

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Perma- nente	Discriminação	% sobre Capital Segu- rado
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 e incurável	100
	-Perda total da visão de um olho	30
	-Perda total da visão de um olho, quando a vítima já não tiver a outra vista	70
Parcial Diversas	-Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40
	-Surdez total e 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
	-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 radio-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	
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



CONDIÇÕES DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO ITAÚ ITAUVIDA PREMIÁVEL COM GARANTIA DOENÇAS GRAVES

-Perda parcial 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 1/2 , 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	

52	2,168224
53	2,3
54	2,44486
55	2,600935
56	2,771028
57	2,956075
58	3,158879
59	3,37757
60	3,614953
61	3,873832
62	4,15514
63	4,459813
64	4,78972
65	5,149533
66	5,537383
67	5,945794
68	6,414953
69	6,911215
70	7,46729
71	8,031776
72	8,660748
73	9,341121
74	10,07477
75	10,86822
76	11,72523
77	12,64766
78	13,64112
79	14,71028
80	15,86075
81	17,09626
82	18,4215
83	19,84019
84	21,35607
85 ou mais	22,97477

TABELA II

TABELA DE TAXAS DE SEGUROS	
IDADE Anos Completos	Taxas Liquidadas em R\$ (*)
	Mensais
Até 35	1,021495
36	1,053271
37	1,086916
38	1,124299
39	1,165421
40	1,208411
41	1,257009
42	1,308411
43	1,366355
44	1,428037
45	1,495327
46	1,569159
47	1,649533
48	1,735514
49	1,829907
50	1,933645
51	2,045794

TABELA III

Garantia	Assistência Funeral
Taxa Mensal Líquida em R\$ (*)	0,485047

(*) Para determinação da taxa (item 10), base de cálculo do prêmio do seguro, a taxa líquida será acrescida do IOF (Imposto sobre Operações Financeiras), conforme legislação vigente.

Condições do Sorteio

1 - A Itaú Vida e Previdência S.A. adquirirá para incentivo a contratação títulos de capitalização, às suas custas, da Itaú Capitalização S.A. e cederá os direitos de sorteio ao **Segurado** do seguro ITAUVIDA - PREMIÁVEL.

2 - A cada seguro adquirido pelo **Segurado** dará direito a 1 (um) número para concorrer aos sorteios mensais, que constará do Certificado Individual. A cada 12 meses, na renovação do seguro, o segurado receberá um novo Certificado substituindo o anterior com o novo número para concorrer aos sorteios.

3 - O início de vigência do título de capitalização e o direito ao sorteio se dará a partir do início de vigência do seguro.

4 - Participará do sorteio o **Segurado** que contratar o seguro e que estiver com todas as mensalidades do seguro em dia podendo vir a ser contemplado mais de uma vez ao longo da vigência do título.

5 - Cada título concorrerá, durante a vigência anual do seguro, a 12 sorteios, sendo um sorteio por mês. O não pagamento da parcela mensal, ou o cancelamento do seguro, implicará na perda do direito de participar dos sorteios.

6 - Os títulos serão ordenados em séries de 100.000 (cem mil) unidades cada uma, numeradas de 00.000 a 99.999, atribuindo-se a cada título 1 número de 5 dígitos, para fins de sorteio pela Loteria Federal do Brasil;

7 - O sorteio será mensal, a ser realizado no último sábado do mês e o prêmio corresponderá ao indicado na Proposta de Seguro ITAUVIDA - PREMIÁVEL.

8 - O título será contemplado em sorteio quando o seu número coincidir na mesma ordem com o número formado com os algarismos das unidades simples dos cinco primeiros prêmios das extrações da Loteria

Federal, lidos verticalmente do 1º ao 5º prêmio;

Exemplo:

Extração da Loteria Federal	
1º prêmio	34.521
2º prêmio	52.650
3º prêmio	41.735
4º prêmio	53.793
5º prêmio	03.478

Neste caso o número sorteado é: **10.538**

9 - Dos valores dos prêmios obtidos em sorteio serão deduzidos os impostos previstos em lei;

10 - Caso não haja sorteio da Loteria Federal do Brasil em uma das datas previstas, nem na imediata que a substitua, o sorteio será realizado pela extração subsequente da Loteria Federal.

11 - Se a Caixa Econômica Federal não realizar os sorteios substitutos, suspender definitivamente a realização dos sorteios da Loteria Federal, modificar referidos sorteios de forma que não mais coincidam com as premissas fixadas no corpo deste item, ou se houver impedimento à vinculação da Loteria Federal aos sorteios previsto neste plano, a Itaú Capitalização S.A. promoverá os sorteios nas sedes, sucursais ou quaisquer estabelecimentos de livre acesso aos subscritores e titulares de títulos, precedidos de ampla divulgação, com a presença obrigatória de um representante de auditoria independente; o prazo previsto para a realização do sorteio é de 30 dias a contar da data do sorteio original;

12 - Ocorrendo qualquer das hipóteses previstas nos itens 10 e 11, o prêmio será pago com base no valor da prestação vigente na data original do sorteio, atualizado até a data do novo sorteio.

13 - Quando um de seus segurados for sorteado, a Itaú Vida e Previdência S. A. poderá tornar público o fato, divulgando o ganhador do sorteio.

TÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS

Art. 1º A ITAÚ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, com CNPJ de nº 92.661.388/0001-90, institui o VGBL, VIDA GERADOR DE BENEFÍCIO LIVRE, Seguro de Vida com Cobertura por Sobrevivência, estruturado no Regime Financeiro de Capitalização e na Modalidade de Contribuição Variável, descrito neste Regulamento e devidamente aprovado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, através do Processo n.º 15414.000781/2003-07.

Art. 2º O plano é do tipo de RENDA FIXA e tem como objetivo a concessão de indenização a pessoas físicas, sob a forma de renda mensal temporária, de acordo com as regras estabelecidas neste Regulamento.

Art. 3º O plano terá, durante o período de diferimento, como critério de remuneração da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder a rentabilidade da carteira de investimentos do respectivo FIE.

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

Art. 4º O plano terá, durante o período de pagamento de indenização, remuneração dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, por taxa de juros efetiva anual, tábua biométrica (ou tábuas biométricas) de sobrevivência e índice de atualização de valores.

Art. 5º No período de pagamento de indenização, haverá apuração de resultados financeiros durante o prazo de pagamento da indenização sob a forma de renda, a contar da data de concessão da indenização. O percentual de reversão de resultados financeiros será de 50 %.

§ 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. 6º 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.

Art. 7º 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. 8º Os casos omissos serão resolvidos na forma da legislação vigente.

Art. 9º O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Regulamento será o do domicílio do segurado ou do assistido.

TÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Art. 10. Considera-se:

1. APÓLICE – documento legal que formaliza a aceitação, pela seguradora, da cobertura proposta pelo segurado;

2. ASSISTIDO – pessoa física em gozo da indenização sob a forma de renda;

3. BENEFICIÁRIO – pessoa física (ou pessoas físicas) indicada livremente pelo segurado para receber os valores de indenização ou resgate, na hipótese de seu falecimento;

4. CARREGAMENTO – valor resultante da aplicação de percentual sobre o valor dos prêmios pagos, destinado a atender às despesas administrativas, de corretagem e de colocação do plano;

5. COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA – garantia de pagamento de indenização pela sobrevivência do segurado ao período de diferimento contratado;

6. CONSIGNANTE – pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos segurados;

7. ENCARGO DE SAÍDA – importância resultante da aplicação de percentual incidente, durante o período de diferimento, sobre valores resgatados ou portados;

8. FATOR DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO – resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica

(ou tábuas biométricas), utilizado para obtenção do valor da indenização sob a forma de renda;

9. FIE – o fundo de investimento especialmente constituído, cuja carteira seja composta em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Monetário Nacional na regulamentação que disciplina a aplicação dos recursos das reservas, das provisões e dos fundos das sociedades seguradoras, das sociedades de capitalização e das entidades abertas de previdência complementar, bem como a aceitação dos ativos correspondentes como garantidores dos respectivos recursos;

10. INDENIZAÇÃO – pagamento a ser efetuado ao segurado, por ocasião de sua sobrevivência ao período de diferimento;

11. INÍCIO DE VIGÊNCIA – é a data de protocolização da Proposta de Contratação na seguradora;

12. NOTA TÉCNICA ATUARIAL – documento, previamente aprovado pela SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano;

13. PERÍODO DE COBERTURA – prazo compreendido pelos períodos de diferimento e de pagamento de indenização;

14. PERÍODO DE DIFERIMENTO – período entre a data de início de vigência da cobertura por sobrevivência e a data contratada para início de pagamento de indenização;

15. PERÍODO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO – período em que o assistido (ou assistidos) fará jus ao pagamento de indenização, sob a forma de renda, podendo ser vitalício ou temporário;

16. PORTABILIDADE – instituto que, durante o período de diferimento, permite a movimentação de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder;

17. PRAZO DE CARÊNCIA – período em que não serão aceitos pedidos de resgate ou de portabilidade;

18. PRÊMIO – valor correspondente a cada um dos aportes destinados ao custeio da cobertura contratada;

19. PROPONENTE – pessoa física interessada em contratar o plano;

20. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – documento em que o proponente expressa a

intenção de contratar o plano, manifestando pleno conhecimento do Regulamento;

21. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER – valor correspondente ao montante de recursos aportados pelo segurado ao plano, líquidos de carregamento, quando for o caso, constituído durante o período de diferimento;

22. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS – valor atual dos compromissos da seguradora para com o assistido durante o período de pagamento de indenizações sob a forma de renda;

23. 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;

24. RENDA – série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos);

25. RESGATE – instituto que, durante o período de diferimento, permite o resgate dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder;

26. SEGURADO – pessoa física que contrata o plano;

27. SEGURADORA – a sociedade seguradora autorizada a operar seguro do ramo vida;

28. PERCENTUAL DE GESTÃO FINANCEIRA – o percentual anual incidente, “pro rata die”, sobre o valor da parcela do patrimônio líquido do FIE, apurado na forma da regulamentação vigente, correspondente à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos;

29. REMUNERAÇÃO PELA GESTÃO FINANCEIRA – o resultado da aplicação do percentual de gestão financeira sobre o valor da parcela do patrimônio líquido do FIE correspondente à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos;

30. BASE DE CÁLCULO DA PERFORMANCE FINANCEIRA – a diferença, ao final do último dia útil do mês, entre a parcela do patrimônio líquido do FIE correspondente à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e o valor da remuneração pela gestão financeira acumulado do mês;

31. RESULTADO FINANCEIRO – o valor correspondente, na data referida no item anterior, à diferença entre o valor da base de cálculo da performance financeira e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos;

32. EXCEDENTE – o valor positivo correspondente, ao final do último dia útil do mês, à diferença entre o valor da base de cálculo da performance financeira e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos;

33. DÉFICIT – o valor negativo correspondente, ao final do último dia útil do mês, à diferença entre o valor da base de cálculo da performance financeira e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos;

34. PROVISÃO DE OSCILAÇÃO FINANCEIRA – o montante provisionado com recursos próprios da seguradora; e

35. PROVISÃO TÉCNICA DE EXCEDENTES FINANCEIROS – o saldo de excedentes provisionados, a ser utilizado de acordo com o presente Regulamento.

TÍTULO III – DA CONTRATAÇÃO DO PLANO

Art. 11 Poderão propor participar do plano as pessoas físicas dispostas a aderir aos termos deste Regulamento.

Art. 12. O PROPONENTE DEVERÁ PREENCHER TODOS OS CAMPOS DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, DATÁ-LA E ASSINÁ-LA.

§ 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 NA FALTA DELES, DEVERÁ SER APLICADO O CONTIDO NA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

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

Art. 13. A Proposta de Contratação será protocolizada na seguradora, que comprovará, para cada proponente, a data do respectivo protocolo.

Art. 14. 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 NÃO SERÁ ACEITA A PROPOSTA DO PROPONENTE QUE PRESTAR DECLARAÇÕES FALSAS, ERRÔNEAS OU INCOMPLETAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

§ 2º 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. 15. 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 SUSEP;
- c) identificação do segurado e respectivos dados cadastrais;
- d) data de início de vigência do plano; e
- e) data de concessão da indenização.

Art. 16. Não será cobrada taxa de inscrição nem quaisquer outras taxas, comissões ou valores, a qualquer título.

TÍTULO IV – DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

CAPÍTULO – AOS SEGURADOS

Art. 17. A seguradora disponibilizará aos segurados, diariamente, no mínimo, as seguintes informações:

- I – caracterização (tipo e denominação) do plano;
- II – valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder a que faz jus o segurado;
- III – rentabilidade acumulada no mês, no ano civil e nos últimos doze meses;

IV – discriminação do percentual de encargo de saída incidente no caso de resgate e portabilidade para outro plano (ou planos) de seguro de vida com cobertura por sobrevivência; e

V – de que o resgate está sujeito à incidência de Imposto de Renda na fonte, conforme a legislação fiscal vigente.

Art. 18. 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 SUSEP;

III – denominação e CNPJ do respectivo FIE;

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 vida com cobertura por sobrevivência no período de competência referenciado no extrato;

VII – valor portado para outro plano (ou planos) de seguro de vida com cobertura por sobrevivência no período de competência referenciado no extrato;

VIII – valor resgatado no período de competência referenciado no extrato;

IX – valor pago a título de encargo de saída no período de competência referenciado no extrato, discriminando o quanto se refere a valores resgatados e portados para outro plano (ou planos) de seguro de vida com cobertura por sobrevivência;

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, rendimentos, resgates, portabilidades para / de outros planos de seguro de vida com cobertura por sobrevivência, 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 de rentabilidade anual do plano no ano civil e nos últimos doze meses; e

XIV – taxa de rentabilidade anual do plano nos três últimos anos civis, tomados como base, sempre, exercícios completos.

§ 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.

§ 2º PARA O SEGURADO QUE DEIXAR DE APORTAR RECURSOS PARA O PLANO POR MAIS DE 6 (SEIS) MESES, O EXTRATO SERÁ FORNECIDO, PELO MENOS, ANUALMENTE.

Art. 19. No mínimo 90 (noventa) dias antes da data prevista para concessão da indenização, a seguradora comunicará, por escrito, ao segurado, mediante aviso de recebimento, pelo menos, as seguintes informações:

I – nome da seguradora;

II – denominação do plano, precedida da respectiva sigla, denominação e CNPJ do respectivo FIE;

III – número do processo da SUSEP que aprovou o plano;

IV – taxa de juros e tábua biométrica (ou tábuas biométricas) contratados para cálculo da indenização, e respectivo fator de cálculo;

V – índice e critério contratados para atualização de valores durante o período de pagamento de indenização;

VI – o saldo acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, na data do informe;

VII – o valor da indenização, estimado com base na informação do inciso anterior;

VIII – a data contratada para início do período de pagamento de indenização;

IX – o seu direito de, até o trigésimo dia útil anterior ao da data prevista para concessão de indenização, e a seu único e exclusivo critério:

a) resgatar e/ou portar os recursos para outro plano de seguro de vida com cobertura por sobrevivência, inclusive de outra seguradora, na busca das condições financeiras e de segurança que julgar de sua melhor conveniência;

b) alterar o tipo de indenização contratada, por uma das opções previstas no art. 53 deste Regulamento.

X - percentual de reversão de resultados financeiros a ser aplicado no período de pagamento de indenização;

XI - prazo durante o qual haverá reversão, contado da data de início do período de pagamento de indenização; e

XII - época e periodicidade convencionadas para utilização, na forma deste Regulamento, do saldo da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros.

Parágrafo único. A partir do comunicado de que trata o “caput”, não se aplicam os prazos de que tratam os arts. 35 e 42.

CAPÍTULO II - AOS ASSISTIDOS

Art. 20. A seguradora, durante o período de pagamento de indenização, 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 - número do processo da SUSEP que aprovou o plano;

III - valor recebido a título de indenização, no período de competência referenciado no extrato;

IV - valor do imposto de renda retido na fonte sobre os valores recebidos a título de indenização, no período de competência referenciado no extrato, observada a legislação fiscal vigente.

V - denominação e CNPJ do respectivo FIE;

VI - demonstrativo, mês a mês, do cálculo do resultado financeiro global do plano – excedentes ou déficits – no período de competência, contendo, no mínimo:

a) valor da parcela do patrimônio líquido do FIE relativa ao valor total da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos;

b) valor da remuneração pela gestão financeira;

c) base de cálculo da performance financeira, ou seja, a diferença entre os valores consignados nas alíneas “a” e “b” deste inciso;

d) resultado da diferença entre o valor mencionado na alínea anterior e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, consignado como “excedente”, se positivo, e como “déficit”, se negativo; e

e) resultado do “pro-rateamento” do excedente ou déficit, em função da parcela da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos que responde pelo pagamento da sua indenização.

VII - valor auferido a título de excedente, no período de competência referenciado no extrato, utilizado para aumento do valor da indenização contratada;

VIII - saldo da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros, consideradas, assinaladas e especificadas as respectivas movimentações ocorridas no período de competência referenciado no extrato (provisionamentos, rendimentos, excedentes incorporados à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos ou creditados em conta corrente dos assistidos);

IX - valor do imposto de renda retido na fonte sobre os valores creditados na conta corrente do assistido a título de excedentes, no período de competência referenciado no extrato, observada a legislação fiscal vigente.

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

Art. 21. A seguradora comunicará a cada um dos segurados e assistidos:

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 e respectivo FIE, inclusive quaisquer alterações no regulamento do fundo.

Art. 22. 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 FIE, no período de diferimento e no período de pagamento de indenização, durante o prazo de reversão de resultados financeiros;

III - exemplar, atualizado, do Regulamento do plano; e

IV - exemplar do regulamento atualizado do respectivo FIE, devidamente registrado em cartório de títulos e documentos.

Art. 23. 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. 18 e 20, serão fornecidas aquelas necessárias ao preenchimento da declaração anual de imposto de renda.

Art. 24. 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. 19, que deverão ser comunicadas por escrito.

Art. 25. Os valores de que trata o presente Regulamento serão informados em moeda corrente nacional.

TÍTULO V - DO PERÍODO DE COBERTURA

CAPÍTULO I - DO PERÍODO DE DIFERIMENTO

Seção I - Dos Prêmios

Art. 26. O valor e a periodicidade dos prêmios poderão ser estipulados na Proposta de Contratação, sendo facultado ao segurado efetuar pagamentos adicionais de qualquer valor, a qualquer tempo.

PARÁGRAFO ÚNICO. QUANDO OS PRÊMIOS FOREM DE QUANTIA E PERIODICIDADE PREVIAMENTE ESTIPULADOS, PODERÃO TER SEU VALOR ATUALIZADO ANUALMENTE, PELO MESMO ÍNDICE PREVISTO NESTE REGULAMENTO.

Art. 27. 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 Exceto o carregamento convencionado neste Regulamento, é vedada a dedução de quaisquer valores que venham a ser apropriados como receita da seguradora.

§ 3º Os prêmios adicionais dos segurados poderão ser por eles pagos diretamente à seguradora.

§ 4º O NÃO REPASSE À SEGURADORA DE PRÊMIOS RECOLHIDOS POR PESSOA JURÍDICA CONSIGNANTE, NÃO PODERÁ PREJUDICAR O SEGURADO EM RELAÇÃO A SEUS DIREITOS.

§ 5º É EXPRESSAMENTE VEDADO O RECOLHIMENTO, A TÍTULO DE PRÊMIO, DE QUALQUER VALOR QUE EXCEDA O DESTINADO AO CUSTEIO DO PLANO DE SEGURO.

§ 6º QUANDO HOVER O RECOLHIMENTO, JUNTAMENTE COM O PRÊMIO, DE OUTROS VALORES DEVIDOS À PESSOA JURÍDICA CONSIGNANTE, A QUALQUER TÍTULO, É OBRIGATÓRIO O DESTAQUE, NO DOCUMENTO DE COBRANÇA, DO VALOR DO PRÊMIO DISCRIMINADO POR COBERTURA CONTRATADA.

Art. 28. 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. 29. OBSERVADO O DISPOSTO NO ART. 34, A INTERRUPÇÃO DEFINITIVA OU TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO DE PRÊMIOS NÃO CONSTITUIRÁ MOTIVO PARA DESLIGAMENTO DO PLANO.

Seção II - Do Carregamento

Art. 30. PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS DO PLANO RELATIVAS À COLOCAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E CORRETAGEM, A SEGURADORA COBRARÁ CARREGAMENTO DE 5 %, SOBRE O VALOR DOS PRÊMIOS, QUANDO DE SEU RECEBIMENTO, E DE 5 %, QUANDO DA

EFETIVAÇÃO DE PEDIDOS DE PORTABILIDADES OU RESGATES, SOBRE O SALDO DO VALOR NOMINAL DOS PRÊMIOS PAGOS NA FORMA DO ART. 27, 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. 31. O PERCENTUAL (OU PERCENTUAIS) DE 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 PERCENTUAL (OU PERCENTUAIS) DE CARREGAMENTO, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS SEGURADOS DO PLANO.

Art. 32. NÃO SERÁ COBRADO CARREGAMENTO SOBRE O VALOR DE RECURSOS PORTADOS PARA O PLANO.

Seção III - Da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder

Art. 33. O valor dos prêmios pagos, deduzido, quando for o caso, o carregamento, e o valor das portabilidades de recursos de outros planos de seguro de vida com cobertura por sobrevivência, serão creditados na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, cujo saldo será calculado, diariamente, com base no valor diário das quotas do FIE onde aplicados os referidos recursos.

Art. 34. FICA FACULTADO À SEGURADORA EFETUAR O PAGAMENTO DO RESGATE DOS RECURSOS DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER AO SEGURADO, OBSERVADO O DISPOSTO NO PRESENTE REGULAMENTO, IMPLICANDO NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO SEGURADO DO PLANO, SE O SALDO FOR INFERIOR A R\$ 600,00.

§ 1º O valor do saldo de que trata o “caput” será corrigido anualmente pelo mesmo índice

de atualização de valores previsto no presente Regulamento.

§ 2º Sobre o valor resgatado haverá cobrança de encargo de saída, observadas as mesmas condições e o mesmo percentual fixados no art. 41.

Seção IV - Do Resgate

Art. 35. 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, APÓS O CUMPRIMENTO, A CONTAR DA DATA DE PROTOCOLO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO NA SEGURADORA, DE PRAZO DE CARÊNCIA DE 12 MESES.

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

§ 2º OS RESGATES FICARÃO SUSPENSOS ENQUANTO NÃO QUITADAS TODAS AS CONTRAPRESTAÇÕES RELATIVAS À ASSISTÊNCIA FINANCEIRA CONTRATADA PELO SEGURADO NA FORMA DA REGULAMENTAÇÃO PERTINENTE.

Art. 36. 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. 37. Na ocorrência de invalidez total e permanente ou morte do segurado, o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, mediante solicitação devidamente instruída e registrada na seguradora, será disponibilizado ao segurado ou beneficiário (ou beneficiários) ou, ainda, a seus sucessores legítimos, sem qualquer prazo de carência.

Parágrafo único. O pagamento somente será efetuado após pleno reconhecimento do evento gerador pela seguradora.

Art. 38. 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; e
- 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).

Parágrafo único. Em caso de dúvida quanto ao atestado de invalidez, a seguradora solicitará o parecer de seu Departamento Médico e havendo divergência, as duas partes indicarão um médico desempatador, cujo honorário será pago em partes iguais pela seguradora e pelo segurado.

Art. 39. 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, calculado no primeiro 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:

ao somatório do valor nominal dos prêmios pagos pelo segurado; e
demais recursos.

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

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

ART. 40. O PAGAMENTO DEVE SER EFETUADO EM DINHEIRO, CHEQUE, ORDEM DE PAGAMENTO, CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU DOCUMENTO DE

ORDEM DE CRÉDITO, ATÉ O QUARTO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀS RESPECTIVAS DATAS DETERMINADAS PELO SEGURADO OU À DO RECONHECIMENTO DO EVENTO GERADOR DE QUE TRATA O ART. 37.

Art. 41. SOBRE O VALOR RESGATADO HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR, E DE ENCARGO DE SAÍDA, NO PERCENTUAL 0,38 %.

§ 1º O percentual de encargo de saída incidirá sobre o valor solicitado.

§ 2º O PERCENTUAL DE ENCARGO DE SAÍDA PODERÁ SER AUTOMATICAMENTE ALTERADO, OBSERVADAS AS NORMAS BAIXADAS PELO CNSP E/OU PELA SUSEP.

§ 3º EM CASO DE ALTERAÇÃO, A SEGURADORA, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS, COMUNICARÁ POR ESCRITO A CADA UM DOS SEGURADOS O NOVO PERCENTUAL QUE ATENDER À REGULAMENTAÇÃO.

§ 4º A critério da seguradora fica facultado a redução do percentual de encargo de saída para todos os segurados sujeitos ao mesmo contrato.

Seção V - Da Portabilidade

Art. 42. INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PRÊMIOS PAGOS, O SEGURADO PODERÁ SOLICITAR PORTABILIDADE, TOTAL OU PARCIAL, PARA OUTRO PLANO DE SEGURO DE VIDA COM COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, DESTA OU DE OUTRA SEGURADORA, DE RECURSOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, 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 vida com cobertura por sobrevivência desta seguradora, os prazos deste artigo serão 60 dias.

§ 3º AS PORTABILIDADES FICARÃO SUSPENSAS ENQUANTO NÃO QUITADAS TODAS AS CONTRAPRESTAÇÕES

RELATIVAS À ASSISTÊNCIA FINANCEIRA CONTRATADA PELO SEGURADO NA FORMA DA REGULAMENTAÇÃO PERTINENTE.

Art. 43. 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. 44. A portabilidade se dará mediante solicitação do segurado, devidamente registrada na seguradora, informando:

I- o plano (ou planos) de seguro de vida com cobertura por sobrevivência, quando da mesma seguradora; ou

II- o plano (ou planos) de seguro de vida 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.

Parágrafo único. Nos casos de portabilidade para plano de seguro de vida 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. 45. A portabilidade será efetivada considerando o valor ou percentual estipulado pelo segurado e com base no valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, calculado no primeiro dia útil subsequente às respectivas datas por ele determinadas.

PARÁGRAFO ÚNICO. A PORTABILIDADE TOTAL IMPLICARÁ NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO PLANO.

Art. 46. A PORTABILIDADE DEVERÁ SER EFETIVADA PELA SEGURADORA CEDENTE DOS RECURSOS ATÉ O QUARTO 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. 47. O segurado deverá receber documento fornecido pela seguradora:

I - cedente dos recursos, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis, a contar das respectivas datas determinadas pelo segurado para as portabilidades, atestando a data de sua efetivação e 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. 48. É vedada a portabilidade de recursos entre segurados.

Art. 49. SOBRE O VALOR DA PORTABILIDADE HAVERÁ INCIDÊNCIA DE DESPESAS RELATIVAS ÀS TARIFAS BANCÁRIAS NECESSÁRIAS À PORTABILIDADE, E DE ENCARGO DE SAÍDA, OBSERVADAS AS MESMAS DISPOSIÇÕES E NO MESMO PERCENTUAL FIXADOS NO ART. 41..

Seção VI - Da aplicação dos recursos

Art. 50. Os recursos vertidos ao plano, por meio de prêmios, depois de descontado o carregamento, quando for o caso, 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. 51. A carteira de investimentos do FIE, denominado ITAÚ FLEXPREV I RF, e registrado no CNPJ sob n.º 02.911.408/0001-40, será composta:

Por títulos de emissão do Tesouro Nacional e/ou do Banco Central do Brasil, por créditos securitizados do Tesouro Nacional e por investimentos de renda fixa, nas modalidades e dentro dos critérios, diversificação e diversidade admitidos pela regulamentação vigente.

CAPÍTULO II - DO PERÍODO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Seção I - Dos Tipos, Concessão e Pagamento

Art. 52. A partir da data de concessão da indenização, o assistido receberá uma renda mensal temporária, 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 TEMPORÁRIA: consiste em uma renda mensal a ser paga temporária e exclusivamente ao segurado-assistido. A INDENIZAÇÃO CESSA COM O SEU FALECIMENTO, OU TÉRMINO DA TEMPORARIEDADE ESTABELECIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, 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 % a.a..

II - tábuas biométricas de sobrevivência:

a) sexo masculino AT-2000 MALE;

b) sexo feminino AT-2000 MALE.

ART. 53. ATÉ O TRIGÉSIMO DIA ÚTIL ANTERIOR AO DA DATA PREVISTA PARA CONCESSÃO DE INDENIZAÇÃO, E A SEU ÚNICO E EXCLUSIVO CRITÉRIO, O SEGURADO PODERÁ SOLICITAR À SEGURADORA, POR ESCRITO OU POR OUTRA FORMA QUE POSSA SER COMPROVADA, A ALTERAÇÃO DA INDENIZAÇÃO DE QUE TRATA O ARTIGO ANTERIOR POR INDENIZAÇÃO SOB A FORMA DE PAGAMENTO ÚNICO OU POR UM DOS SEGUINTE TIPOS DE RENDA MENSAL:

I - RENDA MENSAL VITALÍCIA: consiste em uma renda mensal a ser paga vitalícia e exclusivamente ao segurado-assistido. A INDENIZAÇÃO 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 % a.a..

II - tábuas biométricas de sobrevivência:

a) sexo masculino AT-2000 MALE;

b) sexo feminino AT-2000 MALE.

II - 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 % a.a..

II - tábuas biométricas de sobrevivência:

a) sexo masculino AT-2000 MALE;

b) sexo feminino AT-2000 MALE.

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

§ 2º Se, durante o período de pagamento de indenização, ocorrer o falecimento do segurado-assistido antes de ser completado o prazo indicado, a indenização 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 INDENIZAÇÃO 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.

III - 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 % a.a..

II - tábuas biométricas de sobrevivência:

a) sexo masculino AT-2000 MALE;

b) sexo feminino AT-2000 MALE.

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

IV - 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 18 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 % a.a..

II – tábuas biométricas de sobrevivência:

a) sexo masculino AT-2000 MALE;

b) sexo feminino AT-2000 MALE.

§ 1º Por ocasião da solicitação prevista no “caput”, o segurado indicará, nominalmente, 1 (um) ou mais menores de 18 anos e o seu cônjuge ou companheira (ou companheiro) reconhecida legalmente.

§ 2º Ocorrendo o falecimento do segurado-assistido durante o recebimento da indenização 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 18 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 18 anos.

§ 4º OCORRENDO O FALECIMENTO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRA (OU COMPANHEIRO) DURANTE O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO SOB A FORMA DE RENDA, E APÓS O MENOR MAIS JOVEM TER ATINGIDO A IDADE DE 18 ANOS, A RENDA ESTARÁ EXTINTA.

§ 5º Estando os menores em fase de recebimento da indenização sob a forma de renda, toda vez que um deles atingir a idade de 18 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 da indenização sob a forma de renda, esta será paga aos seus sucessores legítimos até a data que este menor atingiria a idade de 18 anos, podendo a seguradora, a seu critério, quitar as rendas futuras em uma única parcela.

Art. 54. O pagamento da primeira parcela da renda mensal será devida 30 (trinta) dias após o término do período de diferimento contratado, sendo os demais pagamentos efetuados a cada 30 (trinta) dias.

Art. 55. As indenizações serão pagas mediante cheque nominativo, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou crédito em conta corrente bancária.

ART. 56. SOBRE O VALOR DAS INDENIZAÇÕES HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE

QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Seção II - Da Atualização de Valores

Art. 57. A partir da sua concessão, o valor da indenização sob forma de renda será atualizado anualmente, pelo IGP-M acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da indenização.

§ 1º Além da atualização monetária prevista no “caput”, o valor da indenização 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 das indenizações devidas e não pagas serão atualizados monetariamente, pelo indexador previsto na legislação vigente, a partir da data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento.

Seção III - Da Aplicação dos Recursos

Art. 58. Durante o prazo estabelecido no art. 5º para apuração de resultados financeiros, os recursos da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros serão aplicados em quotas de FIE.

§ 1º A composição da carteira de investimentos do FIE obedecerá as 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 fundo, no prazo de trinta dias, a contar da data de início de operacionalização ou utilização do FIE.

§ 4º Transcorrido o prazo a que se refere o “caput”, a seguradora aplicará o saldo dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos na aquisição de ativos segundo as modalidades, critérios de diversificação, diversidade e demais aspectos contidos na regulamentação vigente.

Seção IV - Dos Resultados Financeiros

Art. 59. O resultado financeiro, excedente ou déficit, será apurado ao final do último dia útil de cada mês, durante o prazo de que trata o art. 5º, pela diferença entre o valor da base de cálculo da performance financeira e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos.

§ 1º PARA EFEITO DO CÁLCULO DO RESULTADO FINANCEIRO, INCIDIRÁ PERCENTUAL DE 3,0 % a.a., “PRO-RATA DIE”, APLICADO SOBRE O SALDO DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO DO FIE CORRESPONDENTE À PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS.

§ 2º O PERCENTUAL DE GESTÃO FINANCEIRA NÃO SOFRERÁ AUMENTO, FICANDO SUA REDUÇÃO A CRITÉRIO DA SEGURADORA.

§ 3º NO CASO DE REDUÇÃO DO PERCENTUAL DE GESTÃO FINANCEIRA, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS ASSISTIDOS DO PLANO.

Art. 60. 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, reduzido de eventuais déficits calculados de acordo com o percentual contratado, relativo a períodos anteriores e coberto pela seguradora.

Art. 61. 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 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;

II- recursos da Provisão de Oscilação Financeira, quando houver; e/ou

III - recursos próprios livres da seguradora.

§ 2º Não tendo a respectiva Provisão Técnica de Excedentes Financeiros saldo suficiente



VGBL RF
REGULAMENTO - VGBL RF

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.

Art. 62. O saldo da Provisão Técnica de Excedentes Financeiros será calculado diariamente e revertido à Provisão Matemática de Benefícios Concedidos anualmente no último dia do mês (ou meses) de aniversário da concessão, com aumento do valor da indenização.