

Prezado Segurado,

Seja bem-vindo à **Gente Seguradora!**

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades, além de proporcionar tranquilidade e segurança em situações imprevistas.

Estamos muito satisfeitos em tê-lo como Cliente.

Nós da **Gente Seguradora** estamos sempre buscando métodos de trabalho que conduza à qualidade dos produtos e serviços prestados, valorizando sobremaneira a proteção de nossos Segurados.

Estas Condições Gerais contêm todas as informações necessárias sobre o seu seguro. Leia o material atentamente e confira em sua apólice as coberturas contratadas e benefícios.

No site www.genteseguradora.com.br você encontrará todas as informações sobre a **Gente Seguradora** e também sobre o produto adquirido, contando com um amplo canal de atendimento. Além disso, em caso de dúvida, você também pode procurar o seu Corretor de Seguros.

Canais de Atendimento:

Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC: 0800 602 0088

E-mail: sac@genteseguradora.com.br - Ouvidoria: 0800 607 0888

Atendimento para Pessoas com Deficiência Whats App: (51) 99993-1300

Chat disponível no site: www.genteseguradora.com.br.

Obrigada por ter escolhido nosso produto. A **Gente Seguradora** agradece a sua confiança e credibilidade.

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE EVENTOS ALEATÓRIOS

SEGUROS DE PESSOAS COLETIVO

(CÓDIGO RAMO: 0990)

PROCESSO SUSEP:15414.002933/2010-27

SUMARIO

1	Definições.....	4
2	Objetivo e Garantia do Seguro	7
3	Riscos Cobertos	8
4	Riscos Excluídos	8
5	Âmbito Geográfico da Cobertura.....	9
6	Carência	9
7	Aceitação do Seguro	10
8	Vigência e Renovação.....	12
9	Capital Segurado.....	13
10	Atualização Monetária e Obrigações Pecuniárias	14
11	Pagamento do Prêmio.....	15
12	Suspensão e Reabilitação do Seguro	17
13	Cancelamento do Seguro.....	17
14	Liquidiação de Sinistros	18
15	Perda de Direito	22
16	Taxa de Juros.....	23
17	Regime Financeiro	23
18	Sub-Rogação	23
19	Obrigações do Estipulante.....	23
20	Obrigações da Seguradora.....	23
21	Foro	24
22	Material de Divulgação	24

1. DEFINIÇÕES

1.1. 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, incluindo-se, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor e o disposto no item 7;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- f) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:
- g) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- h) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
- i) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e
- j) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido acima.

1.2. Âmbito Geográfico de Cobertura: Delimitação geográfica da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo seguro;

1.3. Análise do Risco: Análise que a Seguradora efetua em cada Proposta de Adesão recebida, com a finalidade de verificar o grau do risco apresentado pelos Proponentes;

1.4. Apólice: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante;

1.5. Capital Segurado ou Importância Segurada: Valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro;

1.6. Carência: Lapso de tempo, apurado a partir do início de Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção do Capital Segurado contratado, sendo nulo em caso de acidente pessoal;

1.7. Carregamento: Percentual incidente sobre o Prêmio de seguro ou valor a ele adicionado destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização;

1.8. Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou Prêmio;

1.9. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e do Estipulante;

1.10. Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora e dos Segurados;

1.11. Declaração de Saúde: Questionário constante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde na data da subscrição, bem como sua principal ocupação, atividade ou profissão;

1.12. Doenças ou Lesões Preeexistentes: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e não declaradas na Proposta de Adesão;

1.13. Enfermidade: Qualquer espécie de doença, moléstia ou alteração na saúde de uma pessoa, devidamente diagnosticada por médico legalmente habilitado.

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

1.15. Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais;

1.16. Formulário de Aviso de Sinistro / Solicitação de Indenização: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora;

1.17. Garantias (ou Coberturas): São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto;

1.18. Grupo Segurado: É a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva;

1.19. Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo anterior, de natureza não securitária, com o Estipulante, e que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nesta Apólice e no Contrato;

1.20. Indenização: Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto contratado;

1.21. Início de Vigência do Seguro: É a data a partir da qual a cobertura (evento coberto) proposta é garantida pela Seguradora;

1.22. Índice Pactuado: Índice contratado para a atualização monetária dos Prêmios e Capitais Segurados, na forma indicada no Contrato e na Proposta de Adesão;

1.23. Intervenção Cirúrgica: Todo o procedimento operatório realizado em hospital, por médico legalmente habilitado, que envolva incisão ou outra via de abordagem interna no Segurado, realizada, normalmente, em ambiente cirúrgico.

1.24. Médico: Profissional legalmente habilitado para exercer a medicina, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, autorizado a tratar clinicamente ou cirurgicamente a enfermidade ou lesão que origine os eventos cobertos pela apólice.

1.25. Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente a sua comercialização;

1.26. Período de Cobertura: Período durante o qual o Segurado fará jus aos Capitais Segurados contratados;

1.27. Prêmio: Valor destinado ao custeio do seguro que o Segurado e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela garantia contratada;

1.28. Proponente: O interessado em aderir ao seguro, o qual passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do Prêmio;

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

1.30. Proposta de Contratação: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o interessado, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar a cobertura, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;

1.31. Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento da cobertura contratada em função do pagamento do(s) Prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de Suspensão;

1.32. Regime Financeiro de Repartição Simples: A estrutura técnica do seguro, em que os prêmios pagos, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo

período, não sendo prevista devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado e/ou ao Estipulante;

1.33. Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nestas Condições Gerais que não serão cobertos pelo seguro;

1.34. Segurado: É a pessoa física exposta, em relação à qual a Seguradora assume a responsabilidade dos riscos cobertos previstos no Contrato de Seguro;

1.35. Seguradora: É a Gente Seguradora S.A. legalmente constituída e autorizada a operar no País, que assume os riscos inerentes às Garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais;

1.36. Sinistro: A ocorrência do risco (evento) coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;

1.37. Suspensão: Lapso temporal em que o seguro não opera nenhum efeito, ficando o Segurado sem direito à garantia contratada;

1.38. Vigência do Seguro: É o período no qual a Apólice de seguro está em vigor;

1.39. Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste seguro.

1.40. Beneficiários: Natureza Jurídica do Capital Segurado Para todos os fins de direito, o capital segurado devido em razão da morte do segurado não é considerado herança e não está sujeito às dívidas do falecido, sendo pago diretamente ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice.

1.41. Interesse legítimo: Para efeitos deste contrato, considera-se interesse legítimo o vínculo econômico ou jurídico que o segurado ou beneficiário possua em relação ao bem, pessoa ou direito objeto do seguro. A garantia securitária somente será aplicável enquanto existir interesse, a inexistência, extinção ou impossibilidade do interesse legítimo implica a nulidade ou resolução do contrato, conforme previsto na legislação vigente.

1.42. pelo exercício de sua atividade, o corretor de seguros fará jus à comissão de corretagem, conforme estabelecido na proposta e na apólice.

1.43. A renovação ou prorrogação do seguro, quando não automática ou implicar alteração de cobertura ou condições financeiras mais favoráveis ao segurado, poderá ser intermediada por outro corretor, de livre escolha do segurado ou do estipulante, sem prejuízo do direito à comissão pelo corretor que efetivar a intermediação.

2. OBJETIVO E GARANTIA DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado, ou fração dele, ao Segurado da apólice, caso este venha a sofrer uma ou mais intervenções cirúrgicas cobertas pelo plano de seguro, em face de sua hospitalização, observadas as definições e disposições contidas nestas Condições Gerais e constantes do Contrato.

3. RISCOS COBERTOS

O Segurado estará coberto, durante a Vigência do Seguro, para os procedimentos cirúrgicos contemplados na tabela anexa, sendo parte integrante destas Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos os riscos decorrentes:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de 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 de ordem pública ou delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de Doenças Preexistentes à contratação do Seguro de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- d) de furacão, ciclone, terremoto, maremoto, erupção vulcânica e outras convulsões da natureza;
- e) por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado ou pelo representante;
- f) de aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;
- g) direta ou indiretamente de ato terrorista, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- h) Tratamentos odontológicos de qualquer natureza, mesmo os de caráter traumatólgico;
- i) Intervenções cirúrgicas com finalidade estética, salvo quando reparadoras e como consequência imediata de trauma ou acidente coberto pela apólice;
- j) Ceratotomia radial; mamoplastias redutoras, mesmo com possíveis repercussões na coluna vertebral e correção de ginecomastia masculina;
- k) Intervenções cirúrgicas visando esterilização, controle de natalidade ou relacionadas a métodos de anticoncepção;
- l) As radiações cirúrgicas de qualquer natureza, em especial as resultantes das modificações do núcleo atômico, salvo quando derivadas de tratamento médico;
- m) Fica estabelecido, contudo, que a exclusão por doenças ou lesões preexistentes descrita neste item somente será aplicável nos contratos em que não for convencionado um prazo de carência. Caso

seja estipulado um prazo de carência para a cobertura, a Seguradora, após o término deste prazo, não poderá negar a indenização com base na alegação de preexistência, salvo se comprovar a má-fé do segurado no ato da contratação, sendo tal comprovação de responsabilidade exclusiva da Seguradora e baseada nas informações prestadas pelo segurado na Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

- n) Para Sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

4.1 EM CASO DE SUICIDIO

4.1.1 O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado, quando o falecimento do titular do seguro ocorrer por suicídio, ocorrido antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro de vida.

4.1.2 Em caso de aumento de capital segurado durante a vigência da apólice, a carência de 2 (dois) anos prevista no item anterior será aplicada apenas sobre o valor do capital que foi aumentado.

4.1.3 O prazo de carência de 2 (dois) anos não será reaplicado nas renovações do contrato.

4.1.4 Ocorrendo o suicídio dentro do prazo de carência aplicável, a Seguradora, embora isenta do pagamento do capital segurado, efetuará a devolução integral do montante dos prêmios pagos pelo segurado para a cobertura de morte.

4.1.5 Fica entendido que a cobertura estará garantida, mesmo dentro do prazo de carência, se o suicídio for resultado de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro, desde que devidamente comprovado.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O seguro dará cobertura durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, em qualquer local do país em que esteja o Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 O prazo de carência estabelecido para os procedimentos cirúrgicos, previstos na tabela de Intervenções Cirúrgicas que se encontra como anexo destas Condições Gerais, são:

Intervenção cirúrgica: 120 (cento e vinte) dias e

Parto: 180 (cento e oitenta) dias.

Para Sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência para a cobertura prevista, exceto para a inclusão de novos segurados no grupo segurável.

6.2 Não serão estipulados novos prazos de carência nos casos de renovação da apólice.

6.3 Caso o sinistro com cobertura venha a ocorrer durante o período de carência, a Seguradora, embora isenta do pagamento do capital segurado, devolverá ao beneficiário (em caso de morte) ou ao próprio segurado (nos demais casos) a totalidade dos prêmios pagos para a respectiva cobertura.

6.4 Uma vez estipulado e cumprido o prazo de carência para uma determinada cobertura, a Seguradora não poderá negar o pagamento da indenização sob a alegação de doença ou lesão preexistente à contratação do seguro, exceto em caso de comprovada má-fé do segurado no ato da contratação, sendo tal comprovação de responsabilidade exclusiva da Seguradora e baseada nas informações prestadas pelo segurado na Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

6.5 PRESCRIÇÃO E SUSPENSÃO

6.5.1. Prescrevem em 1 (um) ano, contado da ciência da recusa expressa e motivada da seguradora, as pretensões do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas ou restituição de prêmio.

6.5.2 Prescrevem em 3 (três) anos, contados da ciência do fato gerador, as pretensões dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir indenização, capital, reserva matemática ou prestações vencidas

6.5.3 A prescrição será suspensa uma única vez quando houver pedido de reconsideração da recusa, cessando na data da comunicação da decisão final pela seguradora.

6.5.4 As carências e franquias aplicáveis a cada cobertura estão localizadas, de forma expressa e individualizada, nas respectivas seções de Coberturas desta Condição Geral e Condição Especial.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A proposta, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante/proponente ou seu representante legal, deverá ser entregue à seguradora. As condições gerais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos segurados, quando da apresentação da proposta. Na proposta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

7.2. Poderão ser admitidas no seguro as pessoas físicas com idade mínima de 16 (dezesseis) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, conforme determinado na Proposta de Adesão.

7.3. O Proponente obriga-se a declarar, na Proposta de Adesão, as doenças, lesões ou seqüelas físicas de que seja portador.

7.4. Para aceitação da Proposta de Adesão, 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.

7.5. A aceitação da Proposta de Adesão será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.

7.6. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.7. A Seguradora comunicará ao proponente, em suporte duradouro (como correspondência física, mensagem eletrônica acessível ou outro meio idôneo, legível e que possa ser comprovado), a aceitação, a recusa ou a solicitação de documentos adicionais relativos à proposta. Em caso de recusa, esta será expressamente motivada. O proponente será previamente informado sobre as informações obrigatórias e as consequências do descumprimento do dever de informar.

7.8. A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Seguradora por escrito ao interessado, justificando a recusa, fundamentada na legislação vigente, com a conseqüente devolução dos valores porventura já pagos, conforme subitem 10, considerada a suspensão quando houver.

7.9. No caso de recusa de risco, o valor pago a título de Prêmio deverá ser restituído ao Segurado e/ou ao estipulante, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a contar da formalização da recusa pela Seguradora. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data de formalização da recusa.

7.10. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora expedirá o respectivo Certificado Individual do Seguro.

7.11. É obrigatória a emissão e posterior envio do Certificado Individual, no início de vigência do Contrato de seguro respectivo e em cada uma das renovações subsequentes.

7.12. É nula de pleno direito a adesão do interessado que prestar declarações falsas, errôneas ou incompletas na Proposta de Adesão, adulterando ou omitindo circunstâncias que possam influenciar a avaliação do risco e na sua aceitação pela Seguradora.

7.13. A nulidade da inscrição, em razão das causas mencionadas no subitem precedente, acarretará a perda de todos os direitos relativos ao seguro, bem como dos valores correspondentes a Prêmios pagos, nos termos do Artigo 766 da Lei n.º 10.406/2002.

7.14. As obrigações da Seguradora decorrentes da cobertura contratada, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva Proposta de Adesão e quitação, antes da ocorrência do Evento Coberto, do(s) Prêmio(s) devido(s), observado o período de Carência.

7.15. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.16. O Segurado tem o direito de comunicar à Seguradora qualquer fato que represente uma redução relevante e duradoura do risco coberto, a fim de solicitar a revisão e a correspondente redução proporcional do valor do prêmio.

- a) A comunicação deverá ser feita por meio idôneo, acompanhada da documentação necessária para comprovar a alteração do risco.
- b) A Seguradora, após o recebimento da comunicação completa, analisará o pedido e, caso seja constatada a efetiva e relevante redução do risco, realizará o ajuste no valor do prêmio
- c) A redução do prêmio será aplicada de forma proporcional ao tempo restante da vigência da apólice, a contar da data do recebimento da solicitação pela Seguradora, ressalvados os custos de contratação já incorridos, na mesma proporção.
- d) Entende-se como redução relevante do risco, por exemplo, a mudança de profissão para uma atividade de menor periculosidade ou a cessação da prática de esportes de risco, desde que tais condições tenham sido consideradas no cálculo original do prêmio.

7.17 Caso a proposta de alteração do contrato pela Seguradora, em decorrência do agravamento do risco, resulte em um aumento de prêmio superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado terá o direito de recusar a modificação e optar pelo cancelamento do seguro. A decisão de cancelar deverá ser comunicada à Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da proposta de alteração, sendo o cancelamento efetivado a partir da data de início do agravamento do risco.

7.18 O Segurado deve comunicar imediatamente qualquer agravamento relevante do risco. A Seguradora terá 20 dias para cobrar diferença de prêmio ou resolver o contrato. A resolução produzirá efeitos 30 dias após a notificação formal. Em caso de resolução, haverá restituição proporcional do prêmio pago, deduzidas despesas. O não cumprimento da comunicação pode gerar perda da cobertura (dolo) ou cobrança da diferença de prêmio (culpa).

7.19 Na contratação do seguro que cubra a vida e/ou a integridade física de terceiro, o proponente ou estipulante, conforme o caso, deverá declarar expressamente na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação o interesse segurável sobre a vida e incolumidade do segurado, conforme exigido pela legislação em vigor.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

8.1. A Apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data neles indicada.

8.2. O período de cobertura e vigência da Apólice será de acordo com o estipulado no Contrato do seguro, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, nesse caso o Capital Segurado será atualizado monetariamente, conforme item 10, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizerem necessárias.

8.2.1. A renovação expressa da Apólice que não implicar em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita apenas com a anuênciam do Estipulante.

8.3.O período de Vigência do Seguro será de 1 (um) ano, a contar da data de início de vigência, conforme previsto no contrato e/ou na Apólice.

8.4.Qualquer alteração na Apólice vigente que implique ônus ou dever aos Segurados, ou que reduza seus direitos, somente poderá ser realizada mediante anuênciia expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos (3/4) do Grupo Segurado.

8.5.Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

8.6.A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.

8.7.As Propostas de Adesão recebidas pela Seguradora com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, e que tenham satisfeito as condições de aceitação, terão seu início de vigência às 24 horas da data de recepção da Proposta de Adesão indicada no Certificado Individual.

8.8.Respeitado o período do correspondente Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

8.9.Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de Prêmio e que tenham satisfeito as condições de aceitação, o início da vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

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

8.11.A vigência do seguro terá início a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, caso tenha havido adiantamento de valor para pagamento de prêmio. O recebimento de qualquer valor a título de prêmio, antes da recusa formal da proposta, será considerado um ato de aceitação do risco, salvo o disposto sobre a devolução em caso de não aceitação.

8.12.A Seguradora comunicará ao segurado, em suporte duradouro (como correspondência física, mensagem eletrônica acessível ou outro meio idôneo e comprovável), a proposta de renovação, bem como a aceitação, a recusa ou a solicitação de documentos adicionais. Em caso de recusa, esta será expressamente motivada.

8.13.O segurado será previamente informado sobre as informações obrigatórias e as consequências do descumprimento do dever de informar

9. CAPITAL SEGURADO

9.1.O Capital Segurado será definido na Proposta de Adesão e constará na sua respectiva Apólice.

9.2.A aceitação pela Seguradora de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor

para efeito de pagamento da Indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

9.3. Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

9.4. Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) Na cobertura de morte – a data do falecimento;
- b) Nas demais coberturas, se contratadas, se contratadas – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada;

10. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

10.1. Respeitado o disposto no item 19, os valores porventura devidos a título de devolução de Prêmio pela Seguradora, sujeitam-se à atualização monetária pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis, ressalvado o disposto na alínea “c” do item 10.5., destas Condições Gerais.

10.2. No caso de cancelamento do Contrato, os valores de que trata este item, porventura devidos, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

10.3. No caso de recebimento indevido de Prêmio pela Seguradora, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data de recebimento do Prêmio. Para os valores devidos a título de devolução de Prêmios, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, os valores serão exigíveis a partir da data de formalização da recusa.

10.4. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, em relação à liquidação do sinistro, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, acrescido de juros moratórios à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, na hipótese de não cumprimento do prazo previsto no item 15.5 para o pagamento da respectiva obrigação.

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

10.6. No caso de renovação automática da apólice, prevista no item 8.2 anterior, o Capital Segurado e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de sua renovação, tendo por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1. O seguro pode ser contributário onde segurado paga total ou parcialmente ou Não Contributário onde os segurados não pagam prêmio. O prêmio pode ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

11.2. O Prêmio do seguro terá periodicidade de pagamento mensal, conforme taxa inicialmente fixada no Contrato, a qual será anualmente recalculada com base nas operações do seguro.

11.3. Sempre que do recálculo, previsto na Nota Técnica Atuarial do seguro, resultar taxas superiores às taxas em vigor, e a Apólice apresentar déficit técnico que indique a necessidade de adequação, a aplicação das taxas reavaliadas será realizada mediante endosso à Apólice, e a modificação da Apólice em vigor dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

11.4. O Prêmio mensal deverá ser sempre pago antecipadamente em relação ao respectivo mês de Vigência do Seguro, através de carnê, fatura mensal, fatura de cartão de crédito, desconto ou consignação em folha ou débito em conta junto à rede bancária autorizada a recebê-lo em nome do Estipulante, conforme definido no Contrato.

11.5. A data limite para pagamento do Prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da Apólice, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de Prêmio.

11.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.

11.7. O pagamento do Prêmio mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Se a data do vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ocorrer no primeiro dia útil imediatamente seguinte, sem que haja suspensão das Garantias.

11.8. Decorridos os prazos referidos nos subitens 12.4 e 12.5, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança do Prêmio, as coberturas do seguro ficarão automaticamente e de pleno direito suspensas.

11.9. Mediante prévia autorização da Seguradora, o recolhimento do Prêmio mensal poderá ser delegado ao Estipulante, o que deve ser feito no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o efetivo pagamento pelos Segurados, através de fatura e documento de cobrança emitidos pela Seguradora.

11.10. A delegação de que trata o subitem 11.9 anterior, poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora, mediante notificação expressa ao Estipulante.

11.11. Na cobrança do Prêmio mediante carnê, a Seguradora providenciará para que o Segurado receba o carnê respectivo com antecedência de 30 (trinta) dias do vencimento da primeira parcela.

11.12. A emissão de carnê poderá ser delegada ao Estipulante que providenciará para que cada Segurado o receba até o vencimento da última parcela do carnê anterior.

11.13. Caso o Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido o cancelamento da Apólice, é seu direito efetuar o pagamento do Prêmio mensal do seguro, antes do início do novo Período de Cobertura, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, ou através de ordem de pagamento na rede bancária, a favor da Seguradora, com indicação do número da Apólice e do Certificado Individual.

11.14. Nos seguros contributários, quando os Segurados principais pagam o Prêmio total ou parcialmente, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora no prazo devido os Prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da Apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais e ao pagamento de uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor que deixou de repassar, acrescida de atualização monetária com base no Índice Pactuado desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.

11.15. Em caso de falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio subsequente à primeira, a Seguradora enviará notificação ao Estipulante/Segurado, concedendo o prazo de 15 (quinze) dias para a regularização do débito (purgação da mora).

11.16. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora, devendo destacar, no carnê, ticket ou outro documento, a quantia que lhe for devida, seja a que título for, do valor do Prêmio do seguro.

11.17. As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de Carregamento constante do Contrato, serão cobertas pelo Prêmio mensal, sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.

11.18. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem determinar a legislação específica.

11.19. Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo de 15 (quinze) dias concedido na notificação, a cobertura do seguro ficará automaticamente suspensa.

11.20. Persistindo a inadimplência, o contrato será cancelado (resolvido) de pleno direito somente após decorridos 90 (noventa) dias contados da data da última notificação encaminhada ao Estipulante.

11.21. Durante o período de suspensão da cobertura até a efetiva resolução do contrato, não haverá cobertura para sinistros ocorridos, sem prejuízo do direito da Seguradora de cobrar os prêmios devidos relativos ao período de cobertura anterior à suspensão.

11.22. O prêmio é devido a partir do momento em que a seguradora assume o risco, conforme previsto na apólice.

12. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

12.1. A cobertura do seguro será suspensa se o Segurado e/ou Estipulante não pagar o Prêmio respectivo até o dia de seu vencimento, ressalvado o disposto nos itens 11.13 e 11.14.

12.2. O prazo de Suspensão é de 90 dias. Os sinistros ocorridos durante o período de Suspensão não terão cobertura.

12.3. O Segurado terá sua cobertura reabilitada a partir da data em que o Segurado e/ou o Estipulante retomar o pagamento do Prêmio, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

12.4. A Seguradora dará aviso expresso ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para Reabilitação do Seguro, quando o custeio for não contributário, e também ao Segurado, quando o custeio for contributário, através de correspondência advertindo quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso sob pena de cancelamento do Seguro.

12.5. Transcorridos 90 (noventa) dias da data do vencimento do Prêmio e não sendo este pago, o seguro será cancelado sem que seja devida, ao Segurado, qualquer Indenização para evento ocorrido após àquela data, não sendo, da mesma forma, devolvidos os Prêmios já pagos até aquele momento.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1. O seguro somente poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes, através da anuênciam prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

13.2. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuênciam expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

13.3. A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, uma vez que seja detectados casos de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante.

13.4. As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

13.5. Quando o custeio for contributário, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os Prêmios pagos pelos Segurados, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da Apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados, ficando o Estipulante sujeito ao pagamento da multa e demais encargos previstos nestas Condições Gerais.

13.6. O Estipulante não poderá cancelar o seguro durante sua vigência sem o expresso consentimento dos Segurados enquanto o pagamento do Prêmio correr

por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.

13.7. Com o cancelamento da Apólice, ou no final do prazo de vigência de que trata o subitem 8.3., cessa a cobertura de cada Segurado, observando-se que a caducidade do seguro se dá sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade se o Segurado, agir com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter ou para majorar Indenização.

13.8. Constatada a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal (subsequente à primeira), a Seguradora notificará o Segurado ou o Estipulante, por meio idôneo que comprove o recebimento, informando sobre o débito e o risco de suspensão da cobertura

13.9. A notificação concederá um prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de seu recebimento, para a regularização do pagamento do prêmio em atraso.

13.10. Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo estipulado no item anterior, a vigência de todas as garantias do seguro será suspensa a partir do dia seguinte ao término do prazo concedido. A Seguradora não se responsabilizará por sinistros ocorridos durante o período de suspensão.

13.11. O seguro poderá ser reabilitado a qualquer momento antes do seu cancelamento. A reabilitação ocorrerá mediante o pagamento da parcela em atraso, e as garantias voltarão a viger a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da regularização. É vedada a cobrança de prêmio referente ao período em que a cobertura esteve suspensa.

13.12. Se o prêmio não for pago em um prazo de 60 dias, após o início da suspensão, o seguro será cancelado de pleno direito, independentemente de nova notificação.

13.13. Nos seguros coletivos de pessoas, a resolução somente poderá ocorrer 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante

13.14. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

14.1. O evento coberto pelo seguro deverá ser comunicado pelo Estipulante, ou pelo Segurado, no formulário de “Aviso de Sinistro / Solicitação de Indenização”, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora, após o conhecimento do mesmo.

14.2. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário de “Aviso de Sinistro / Solicitação de Indenização”, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal.

14.3. Na hipótese de o Segurado sofrer Intervenção Cirúrgica em decorrência de enfermidade, acidente ou parto, que esteja coberto pela garantia contratada na apólice, o mesmo deverá tomar as seguintes providências para o recebimento da indenização:

- a) Retirar junto ao Estipulante o formulário de “Aviso de Sinistro / Solicitação de Indenização” do seguro;
- b) Em qualquer situação, este formulário deverá ser preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável pela intervenção cirúrgica, constando no mínimo as seguintes informações:
 - ✓ Dados de identificação do Segurado e do hospital, motivo da hospitalização e, segundo as opções previstas no item 14.4, a forma pretendida para recebimento da indenização;
 - ✓ Diagnóstico e a natureza da enfermidade ou acidente, e o tratamento realizado, conforme prescrito pelo Médico;
 - ✓ Dados referentes ao período da internação, informando a data e o horário de ingresso no hospital, bem como da respectiva alta, em documento fornecido pelo próprio hospital.

14.4. Na eventualidade do Segurado sofrer algum dos riscos previstos nestas Condições Gerais, que dê origem à indenização, a Seguradora efetuará o seu pagamento, satisfeitas as exigências em relação aos documentos necessários, através de crédito em conta-corrente ou mediante cheque nominal, conforme a opção escolhida pelo segurado ou seu representante legal, devidamente exposta no Aviso de Sinistro / Solicitação de Indenização;

14.5. O prazo máximo para pagamento do sinistro, após a entrega de toda a documentação mínima exigida pela seguradora para a liquidação do mesmo, será de 30 (trinta dias). Em caso de dúvida fundada e justificável pela seguradora, outros documentos, além daqueles listados nesse item, poderão ser solicitados, sendo, o prazo estabelecido neste parágrafo suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

14.6. A Gente Seguradora S.A. garantirá o pagamento da indenização, resultante do tipo de intervenção cirúrgica a que tenha sido submetido o Segurado, obtida pela aplicação da tabela de intervenções cirúrgicas juntada em anexo, a qual é parte integrante destas Condições Gerais.

14.7. A referida tabela, prevista no item 14.6 anterior, está composta de 10 (dez) classes diferentes em relação aos tipos de intervenções cirúrgicas, cada uma correspondendo a um percentual de indenização ao segurado, o qual deverá ser aplicado ao valor do Capital Segurado, conforme segue:

Intervenção Cirúrgica classificada como	Porcentagem de indenização
Grupo 10	100%
Grupo 09	86%
Grupo 08	71%
Grupo 07	57%
Grupo 06	43%
Grupo 05	28%
Grupo 04	14%
Grupo 03	11%
Grupo 02	8%
Grupo 01	3%

14.8. As intervenções cirúrgicas que não constem da tabela em anexo, serão indenizadas por analogia a algum dos procedimentos já previstos, ou, em sua falta, considerar-se-á como parâmetro de analogia o tempo de execução do procedimento e a habilidade cirúrgica requerida.

14.9. No caso de ocorrência de várias intervenções cirúrgicas em uma única sessão operatória, que tenham natureza diferenciada, o valor da indenização será de 100% (cem por cento) daquele percentual que figure com o maior valor assinalado na tabela, acrescido de 50% (cinquenta por cento) do percentual da indenização assinalado como segunda intervenção, e mais 25% (vinte e cinco por cento) do assinalado em terceira.

14.10. O estabelecido no parágrafo anterior não se aplicará aos casos de intervenção cirúrgica em que, aproveitando-se a mesma via de acesso, se intervenha cirurgicamente órgãos ou regiões anatômicas distintas, ou também se realizem várias operações relacionadas entre si no mesmo sistema. Neste caso, se aprovará unicamente a indenização correspondente à operação principal.

14.11. Inclui-se nesta cobertura o parto simples ou múltiplo, normal ou distóxico, sendo considerados similares ao parto de cesariana e aborto, com exceção dos casos de aborto provocado, os quais ficam excluídos da apólice.

14.12. Para efeito de indenização, o tipo de procedimento citado no parágrafo anterior será considerado como intervenção cirúrgica classificada como grupo 4, correspondendo, em consequência, a um percentual de indenização de 14% (quatorze por cento) da importância segurada contratada.

14.13. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor da indenização, quando da liquidação dos sinistros, a data da realização do procedimento cirúrgico a que se submeteu o Segurado.

14.14. A Seguradora não pagará qualquer Indenização, caso haja, por parte do Segurado ou seu(s) preposto(s):

- a) inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão;
- b) inobservância das obrigações convencionadas, que acarretem intencionalmente agravação do risco coberto; ou
- c) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um Sinistro, ou ainda, agravando as suas consequências.

14.15. O Segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente e às suas expensas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido com vistas a evitar o agravamento da(s) enfermidades(s) ou lesão(ões).

14.16. As despesas efetuadas para a comprovação do Sinistro e a obtenção dos respectivos documentos de habilitação (que comprovem o procedimento cirúrgico) correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.17. Transcorrido o prazo a que se refere o subitem 14.5, sem que tenha sido paga a Indenização, o valor do Capital Segurado da cobertura será atualizado

monetariamente, com base na variação positiva do índice estabelecido no plano, em conformidade com o disposto no item 10.

14.18. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.

14.19. Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados na Lei.

14.20. A Seguradora deve, em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças que provocaram a intervenção cirúrgica, propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. 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.

14.21. Indenizações em virtude de sentença judicial cível transitada em julgado ou de acordo autorizado previamente e de modo expresso pela Seguradora, mediante comprovação dos danos involuntários, corporais e materiais causados a terceiros, desde que as referidas coberturas tenham sido contratadas de forma distinta e expressa, mediante respectivo pagamento de prêmio.

14.22. As despesas com custas judiciais do foro civil e honorários de advogados designados pelo segurado serão cobertas, desde que o incidente que originou a ação judicial contra o segurado e a solicitação do terceiro estejam protegidos pelo contrato de seguro. O segurado tem a obrigação de pagar essas despesas antecipadamente, mediante apresentação da contestação protocolada, ou ao final do processo judicial. No que diz respeito aos honorários advocatícios, a indenização será limitada aos valores pagos e cobertos ou ao valor segurado, o que for menor, com limite de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). No caso das custas judiciais, o reembolso será concedido apenas para os pedidos autorizados previamente, não havendo pagamento ou reembolso dos honorários advocatícios, quando o segurado for o bônus.

TABELA DE HONORÁRIOS

Valor em Risco	Percentual	Honorários Mínimos
Até R\$ 10.000,00	15%	Um salário-mínimo vigente
De R\$ 10.001,00 até R\$ 20.000,00	10%	R\$ 1.500,00
De R\$ 20.001,00 até R\$ 40.000,00	8%	R\$ 2.000,00
De R\$ 40.001,00 até R\$ 60.000,00	7%	R\$ 3.000,00
De R\$ 60.001,00 até R\$ 80.000,00	6%	Sem valor mínimo
Acima de R\$ 80.001,00	5%	Sem valor mínimo

15. PERDA DE DIREITO

15.1. Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à Indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

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

I. na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo de seu valor a diferença de prêmio cabível.

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

15.4. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

15.5. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15.6. Nas hipóteses de agravamento do risco por parte do segurado, a perda do direito à indenização em caso de sinistro somente ocorrerá se a Seguradora comprovar o nexo causal direto entre o risco intencionalmente agravado e não comunicado e o evento que gerou o sinistro.

15.7. A não observância da obrigação de declarar o interesse segurável sobre a vida e/ou integridade física de terceiro no ato da contratação do seguro, conforme previsto no item 9.18 destas Condições Gerais, resultará na perda do direito a

qualquer indenização e no cancelamento do seguro, por configurar nulidade do contrato em relação à cobertura do terceiro.

16. TAXA DE JUROS

16.1. A taxa de juros remuneratórios e moratórios, previstos neste plano, será de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

17. REGIME FINANCEIRO

Tendo em vista que o presente seguro é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Estipulante.

18. SUBROGAÇÃO

18.1 Não Sub-rogação: Conforme a legislação vigente, o pagamento do capital segurado por morte ou incapacidade não confere à Seguradora o direito de sub-rogação. Desta forma, a Seguradora não buscará o resarcimento de valores de terceiros que possam ter causado o sinistro.

18.2 Impenhorabilidade do Capital Segurado: O capital segurado devido em razão de morte ou de perda da integridade física é impenhorável, não podendo ser utilizado para a quitação de dívidas do segurado ou do beneficiário, nos termos da lei.

19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

19.1 O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.

19.2 Prestar assistência ao segurado e seus beneficiários em todas as fases do contrato, orientando-os sobre seus direitos e deveres.

19.3 Além das obrigações listadas, o Estipulante, na qualidade de representante dos segurados perante a Seguradora, poderá atuar em nome do segurado ou do beneficiário para exigir o cumprimento de todas as obrigações previstas neste contrato, em favor exclusivo dos mesmos e nos termos da legislação aplicável.

20. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

20.1 Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:

a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando a correr, a partir de sua entrega, o prazo para regulação do sinistro;

b) Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante, se couber.

- c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, se couber;
- d) Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.
- e) Recolher integralmente os impostos correspondentes ao seguro, conforme legislação em vigor.
- f) Constituir todas as reservas técnicas e provisões necessárias para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da Apólice.
- g) Prestar ao Estipulante e ao Sub-Estimulante e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro. Emitir apólice, cujas notas técnicas e condições do seguro devem estar depositadas ou aprovadas pela SUSEP, observando todas as normas legais e regulatórias aplicáveis.
- h) A Seguradora se responsabiliza integralmente pelos atos e omissões de seus representantes, prepostos e corretores de seguros no exercício de suas funções, que a vincularão para todos os fins e efeitos deste contrato, nos termos da legislação vigente.

21. FORO

As questões judiciais entre o Segurado e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A Seguradora não se obriga, por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

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

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.