

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.

PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS

PRCESSO SUSEP:15414.613745/2021-81

SUMÁRIO

1. Objetivo do Seguro	4
2. Definições	4
3. Garantias	9
4. Riscos Excluídos	10
5. Âmbito Geográfico	12
6. Franquias / Carências	12
7. Aceitação da Proposta de Contratação	12
8. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados	13
9. Atualização dos Valores do Seguro	15
10. Vigência e Renovação da Apólice	16
11. Capital Segurado	17
12. Revisão / Alteração do Capital Segurado	17
13. Cancelamento do Seguro	18
14. Custeio do Seguro e Pagamento dos Prêmios	19
15. Suspensão, Reabilitação e Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal	24
16. Obrigações do Estipulante	25
17. Obrigações da Seguradora	26
18. Procedimentos em Caso de Sinistro e Pagamento de Indenização	27
19. Perícia ou Junta Médica	29
20. Perda do Direito à Indenização	29
21. Reintegração	31
22. Beneficiários	31
23. Taxa do Seguro, Recálculo do Prêmio e formas de Reenquadramento	32
24. Alterações neste Seguro durante a Vigência	33
25. Material de Divulgação	34
26. Prescrição	34
27. Foro	34
28. Tributos	34
29. Disposições Gerais e Finais	34
30. Cláusula de Distribuição de Excedentes Técnicos	35

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), até o limite do respectivo Capital Segurado, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos previstos na Apólice, os quais foram contratados pelo Estipulante, e indicados na Proposta de Contratação, no Contrato e no Certificado Individual, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

1.1 Anuênciā da Seguradora

a) A cessão dependerá da anuênciā prévia da seguradora quando houver aumento relevante do risco ou descumprimento dos requisitos técnicos do seguro.

1.2 Comunicação e Prazos

b) O segurado deverá comunicar a transferência à seguradora em até 30 (trinta) dias após a ocorrência.
c) A seguradora terá 15 (quinze) dias para se manifestar, podendo aceitar ou resolver o contrato
d) Em caso de resolução, será devolvida a parte proporcional do prêmio, deduzidas as despesas incorridas.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do segurado ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a)** O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- 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 sequestros e tentativas de sequestros;
- e)** Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:**

- a)** As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por

acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) As 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

c) 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;

d) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

2.2. Apólice: Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.

2.3. Autônomo / Profissionais Liberais: São aqueles que recebem pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

2.4. Aviso de Sinistro: Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

2.5. Beneficiário: Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.6. Liquidação de Sinistro: pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.

2.7. Boa Fé: É a intenção pura, isenta de dolo ou engano, com que a pessoa realiza o negócio ou executa o ato, certa de que está agindo na conformidade de direito e, consequentemente, protegida pelos preceitos legais. É o princípio básico de qualquer contrato, principalmente do contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas.

2.8. Cat: Comunicação de acidente de trabalho.

2.9. Capital Segurado: Pagamento a ser efetuado ao assistido ou beneficiário, sob a forma de pagamento único ou de renda.

2.10. Carência: período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do Capital Segurado ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as de acidente pessoal.

2.11. Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

2.12. Certificado Individual: o documento destinado ao Segurado, emitido quando da aceitação, renovação ou alteração no seguro, que indica a vigência do Seguro, a(s)

cobertura(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(ais) Segurado(s) e o prêmio contratado.

2.13. Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.14. Condições Especiais: é o conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.15. Condições Gerais: é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou garantias de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

2.16. Condições Particulares: Conjunto de cláusulas contratuais que obrigam e dão direito tanto ao segurado quanto ao segurador. Estas cláusulas dizem respeito à diversidade de coberturas que existem dentro de um mesmo ramo de seguro.

2.17. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, dos assistidos e dos beneficiários.

2.18. Corretor: é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

2.19. Declaração Pessoal de Saúde: é a declaração, constante da Proposta de Adesão, que o Proponente a Segurado terá que preencher, de próprio punho, na qual presta informações sobre as suas condições de saúde para análise de aceitação do seguro pela Seguradora.

2.20. Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes: são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro, que seja do conhecimento do Segurado e/ou Estipulante e não declarado na Proposta de Adesão.

2.21. Endosso: Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

2.22. Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado 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.

2.23. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e de data incerta, previsto nas garantias do seguro inclusas na Apólice, ocorrido durante sua Vigência e não excluído nas Condições Gerais, nas condições de cada garantia e do Contrato, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

2.24. Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.25. Franquia: Quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a

parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato.

2.26. Garantias: as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.27. Grupo Segurado: totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

2.28. 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.

2.29. Indenização: é o valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

2.30. Auxílio Funeral: esse seguro poderá prevê desde que seja contratado, a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.31. No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.32. A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.33. Caso não seja acionada a **Assistência Funeral** e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.34. Laudo Médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

2.35. Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.36. Período de Cobertura: é o período durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.37. Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação à(s) garantia(s) contratada(s).

2.38. Proponente: é a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

2.39. 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.

2.40. Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, através do qual o Estipulante, manifesta a sua vontade em contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

2.41. Pro-rata Temporis: critério de cálculo de devolução da parte do prêmio devido, em

caso de o contrato cessar os seus efeitos antes da data inicialmente prevista para o fim da sua vigência. Com ela se pretende dizer que o valor de prêmio a devolver é proporcional ao período de tempo pelo qual o contrato deixou de estar em vigor, tendo em consideração o prazo inicialmente contratado.

2.42. Regime Financeiro de Repartição Simples: todos os prêmios pagos pelos segurados em determinado período forma um fundo que se destina ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período (e às demais despesas da seguradora).

2.43. Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais, que não serão cobertos por esta Apólice.

2.44. Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

2.45. Segurados Dependentes: são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

2.45.1. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - o menor, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

III - o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

IV - o absolutamente incapaz, do qual o Segurado Principal seja tutor ou curador.

2.46. Seguradora: é a GENTE SEGURADORA S.A., que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, assume a responsabilidade pelos riscos garantidos pela Apólice, mediante recebimento do respectivo Prêmio.

2.47. Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a Vigência e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

2.48. Vigência: período durante o qual o segurado fará jus ao seguro contratado.

2.49. 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

2.50. pelo exercício de sua atividade, o corretor de seguros fará jus à comissão de

corretagem, conforme estabelecido na proposta e na apólice.

- 2.51. **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.

3. GARANTIAS

3.1. As Coberturas oferecidas por este Seguro encontram-se definidas em condições especiais e quando contratadas e especificadas no contrato de seguro farão parte integrante destas Condições Gerais. Neste seguro existem as coberturas básicas de Morte – MO e Morte Acidental – MA, e sendo possível a contratação de qualquer uma das coberturas adicionais para quais existam Condições Especiais relacionadas a este processo.

3.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação da garantia básica.

3.2. GARANTIA BÁSICA:

3.2.1. Morte – MO

3.2.2. Morte Acidental – MA

3.3. GARANTIAS ADICIONAIS:

3.3.1. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTPA)

3.3.2. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

3.3.3. Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

3.3.4. Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)

3.3.5. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)

3.3.6. Doenças Graves – (DG)

3.3.7. Diagnóstico de Cancer – (DC)

3.3.8. Despesas Extraordinárias em Caso de Morte - (DEM)

3.3.9. Despesas Extraordinárias em Caso de Morte Acidental - (DEMA)

3.3.10. Diária por Internação Hospitalar por Acidente - (DIHA)

3.3.11. Diária por Internação Hospitalar - (DIH)

3.3.12. Invalidez Permanente Total em Decorrência de Doença Profissional - (IPTDP)

3.4. GARANTIAS SUPLEMENTARES:

3.4.1. Morte Cônjugue (MO CÔNJUGE)

3.4.2. Morte Acidental do Cônjugue ou Indenizaçao Especial por Morte Acidental (MO CÔNJUGE)

3.4.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Cônjugue – (IPTPA CÔNJUGE)

3.4.4. Morte Filhos (MO FILHOS)

3.4.5. Auxílio Funeral em caso de Morte - (AFMO)

3.4.6. Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental - (AFMA)

3.4.7. Auxílio Alimentação em caso de Morte – (AAMO)

- 3.4.8. Auxílio Alimentação em caso de Morte Acidental – (AAMA)
- 3.4.9. Auxílio Educação – (AE)
- 3.4.10. Verbas Rescisórias – (VR)
- 3.4.11. Doença Congênita de Filhos – (DCFI)

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) Inundação, tufões, furacão, ciclone, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, maremoto, tsunami, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral;
- e) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- f) Mutilação, quando não decorrente diretamente de um acidente pessoal;
- g) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;
- h) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.), distúrbio osteo-muscular relacionado ao trabalho (D.O.R.T.), lesão por trauma cumulativos (L.T.C.), ou similares que venham a ser aceitas pela comunidade médica-científica, bem como as consequências após tratamentos clínicos ou cirúrgicos, em qualquer época;
- i) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes, assim entendido: sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas e acidentes sofridos pelo Segurado, anteriormente à adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão.

A exclusão de doenças, acidentes ou lesões preexistentes, serão aplicadas nos seguros onde houver solicitação de preenchimento e/ou declaração verbal, da Declaração Pessoal de Saúde. Não havendo tal preenchimento ou declaração verbal, este item de exclusão ficará sem valor, sendo aceitas tais exclusões.

- j) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- k) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de Vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
- l) Participação do Segurado em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
- m) Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.
- n) a prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- o) acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco;
- p) danos morais.
- q) 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).

4.2 Em caso de Suicídio:

4.2.1. 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..

4.2.2 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.

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

4.2.4 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.

4.2.5 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

5.1. Este plano de seguro abrange os Eventos Cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

6.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

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

6.5. 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.

6.6. 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).

6.7. 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 DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. A Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

7.2. As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição do Estipulante, quando da apresentação da Proposta de Contratação.

7.3. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

7.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. 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 complementar.

7.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no plano de seguro.

7.6. 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.

7.7. A Seguradora garante que o Contrato de Seguro incluindo apólice e todas as suas cláusulas, condições gerais, será mantido acessível e íntegro para o Segurado durante toda a vigência.

7.8. O Segurado deve prestar informações completas e verdadeiras na proposta e na Declaração Pessoal de Saúde (DPS), conforme o dever de boa-fé. A omissão ou inexatidão acarretará: em caso de dolo, perda do direito à garantia e possibilidade de anulação do contrato; em caso de culpa, redução proporcional da indenização;

7.9. e, se tornar impossível a execução do contrato, sua resolução sem restituição do prêmio, salvo disposição legal em contrário. A comprovação do dolo ou culpa é ônus exclusivo da Seguradora, baseada nas informações fornecidas pelo Segurado.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do Grupo Segurado mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, no caso de contratação através de meios remotos deve ser observada a Legislação vigente, e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8.2. Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade profissional.

8.3. Caso não haja declaração pessoal de saúde do Segurado na proposta de adesão, não se aplicarão exclusões de doenças, lesões e sequelas pré-existentes ao seguro.

8.4. A idade do segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, não poderá ser superior a idade máxima estabelecida no contrato.

8.5. A inobservância a qualquer das condições previstas nos itens 8.2 e 8.4. destas Condições Gerais, acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado, exceto nas hipóteses em que o Contrato disponha de forma diferente.

8.6. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

8.7. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na Proposta de Adesão ao seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

8.8. A Seguradora terá um prazo de 25 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como alterações que impliquem modificação do risco.

8.9. A Seguradora poderá solicitar uma única vez documentos complementares para

análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo de aceitação, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.10. O pagamento antecipado do Prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar o disposto no item 8.8. destas Condições Gerais.

8.11. Quando a Seguradora receber a Proposta de Adesão com todos os documentos exigidos, terá inicio um período máximo de 25 (vinte e cinco) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

8.12. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.

8.13. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação do índice estabelecido no plano, pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 30 (trinta) dias da data da recusa.

8.13.1. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

8.14. Se a Seguradora recusar a Proposta de Adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao estipulante ou por intermédio do Corretor, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais,

8.15. a data constante do aviso de recebimento pelo Corretor valerá como data de recusa da Proposta de Adesão.

8.16. A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que reserva a si o direito de aceitar ou não a Proposta de Adesão apresentada.

8.17. As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Adesão.

8.18. No início do contrato e a cada renovação a Seguradora entregará ao Segurado Certificado Individual comprovando a aceitação, contendo os elementos mínimos estabelecidos conforme legislação vigente.

8.19. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação da Proposta de Adesão, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

8.20. A inclusão dos componentes dependentes e componentes principais é feita por adesão a este seguro e das seguintes formas, conforme indicação na proposta de contratação e nas condições contratuais.

a) **Automática**, quando o seguro abrange todos os Componentes Principais do Grupo Segurável;

b) **Facultativa**, quando o seguro abrange somente os Componentes Principais que

tiverem sua inclusão expressamente declarada.

8.19.1 Cláusula Suplementar de Cônjuges/Companheiros(a)

- a-) Automática**, abrangendo todos os cônjuges/companheiros(as) dos Componentes Principais;
- b-) Facultativa**, abrangendo todos os cônjuges/companheiros(as) dos Componentes Principais que autorizem.

8.19.2 Cláusula Suplementar de Filhos(a)s

- a-) Automática**, abrangendo todos os filhos e componentes dependentes, com idades de até **21 (vinte e um) anos**, dos Componentes Principais e/ou dos Cônjuges/Companheiros(as) segurados;
- b-) Facultativa**, abrangendo todos os filhos e componentes dependentes, com idades de até **21 (vinte e um) anos**, dos Componentes Principais e/ou dos Cônjuges/Companheiros(as) segurados que autorizem.

8.21. Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos e os demais componentes dependentes do casal poderão ser incluídos apenas uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.

8.22. É vedada a contratação do seguro através de procuração.

9. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE SEGURO

9.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este Seguro será feita anualmente, pelo Índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice que será aplicado.

9.1.1. Índice de atualização do Plano de Seguro

O índice pactuado para a atualização de valores relativos às operações de seguros será estabelecido no contrato em consonância com as seguintes opções:

- I - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE;
 - II - Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas - IGPM/FGV; III - Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas - IPC/FGV;
- Parágrafo único. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado índice substituto convencionado no ato da contratação, dentre aqueles previstos acima.

9.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

9.3. Para os seguros de prazo de até 12 (doze) meses não haverá atualização de valores.

9.4. O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de Capital Segurado múltiplo salarial, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser alterados segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1. A Apólice vigerá pelo prazo de até 05 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais e nas cláusulas das garantias contratadas.
 - 10.1.1 A renovação automática, prevista no item anterior, só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do *Estipulante* e da *Seguradora*. A renovação expressa poderá ser efetivada sempre que com ela concordem a *Seguradora* e o *Estipulante*, e desde que não implique em ônus ou dever para os *Segurados* ou redução de seus direitos.

10.2 Vigência da Apólice

10.2.1 O início de vigência da Apólice se dará na data expressa no Contrato ou na Proposta de Contratação, salvo se a Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento de Prêmio, total ou parcial, hipótese em que a vigência iniciará às 24 horas da data de recepção da Proposta de Contratação.

10.2.2 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.

10.2.3 É vedada à Seguradora a rescisão unilateral do contrato durante sua vigência, salvo nas hipóteses expressamente previstas em lei, como inadimplemento do prêmio, fraude comprovada, agravamento intencional do risco ou descumprimento de obrigações contratuais essenciais. Qualquer cláusula que autorize a rescisão fora dessas hipóteses será considerada nula.

10.2.4 Antes da contratação, a Seguradora deverá disponibilizar ao proponente o conteúdo integral do contrato, redigido em língua portuguesa, inscrito em suporte duradouro e com cláusulas claras e destacadas, especialmente as que tratam de exclusões, obrigações e restrições de direitos, sob pena de nulidade

10.2.5 As apólices, certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas e

expressamente acordada entre as partes.

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1 A data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, estará definida nas condições especiais de cada cobertura.
- 11.2 O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar o Contrato.
- 11.3 O Capital Segurado estabelecido para cada garantia constará no Certificado Individual do Segurado.
- 11.4 O Capital Segurado dos Segurados Dependentes em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.
- 11.5 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** – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada

12. REVISÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 12.1 Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente. Se aceitos pela Seguradora, os novos Capitais Segurados terão início de Vigência no 1º dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão, iniciando-se nova Carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.
- 12.2 Qualquer aumento de Capital implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo a mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.
- 12.3 Para os Segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos Capitais Segurados. Nestes casos, os Capitais Segurados serão atualizados anualmente pelo índice estabelecido no Plano de Seguro ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.
- 12.4 O Estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do Capital Segurado, o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do Capital Segurado, de conhecimento do segurado e não declarada na nova Proposta de Adesão, o pagamento da Indenização prevista para as coberturas contratadas, em caso de sinistro, será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de Prêmios ao Estipulante e/ou Beneficiário.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

17 de 37

13.1 Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de Prêmios:

- 13.1.1 com a morte do Segurado Principal;
- 13.1.2 com o recebimento do Capital Segurado relativo à garantia de Invalidez Funcional Permanente total por Doença (IFPTD), se contratada esta garantia;
- 13.1.3 por solicitação formal do Segurado Principal;
- 13.1.4 por falta de pagamento de Prêmios, respeitando o período de Vigência correspondente ao Prêmio pago e o disposto no item 13;
- 13.1.5 automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- 13.1.6 automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários, seus dependentes ou prepostos;
- 13.1.7 automaticamente, com o cancelamento ou final de Vigência sem renovação da Apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;
- 13.1.8 automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o Segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

13.2 A Apólice será cancelada:

13.2.1 A qualquer tempo mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;

13.2.2 Em caso de cancelamento da apólice total ou parcial, de maneira recíproca entre as partes, deverão constar as seguintes disposições:

- I - a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- II - quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP 302/05.

13.2.3 pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro, inclusive no tocante ao pagamento de Prêmios, nos termos do item 15;

13.2.4 quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.

13.2.5 se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a Vigência do contrato;

13.2.6 automaticamente quando houver atraso no pagamento de Prêmios, observado o disposto no subitem 15.12, se fracionado o prêmio, ou no subitem 16.3, se o pagamento for mensal.

14. CUSTEIO DO SEGURO E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

14.1 Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante no Contrato o custeio poderá ser:

14.2 O presente seguro é classificado como "Não Contributário". Isto significa que a responsabilidade integral pelo pagamento do prêmio, seja ele total ou parcial, recai exclusivamente sobre o Estipulante. Desta forma, fica vedada à Seguradora qualquer cobrança de prêmio, direta ou indireta, sob qualquer justificativa ou modalidade, do Segurado.

14.3 Caso o seguro esteja estruturado no critério tarifário de faixas etárias, sempre que ocorrer a alteração de idade do Segurado e, consequentemente, o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará a taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo Prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro (ou “da data de aniversário do Certificado Individual”).

14.4 O valor do Prêmio será aquele determinado no Contrato, sendo reajustado sempre que houver reajuste do Capital Segurado e pelos mesmos índices.

14.5 O Prêmio poderá ser pago através de ficha de compensação e boleto, de acordo com a opção do Estipulante ou Segurado, constante na Apólice.

14.6 A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- 14.6.1 nome do Segurado;
- 14.6.2 valor do prêmio;
- 14.6.3 data de emissão do documento de cobrança;
- 14.6.4 número da apólice e/ou do certificado individual;
- 14.6.5 data limite para o pagamento.

14.7.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 14.7. diretamente ao segurado ou ao seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação a data do respectivo vencimento.

14.7 O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

14.8 Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.

14.9 Caso o Segurado opte pelos prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

14.10 Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.

14.11 O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

14.12.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 14.5 deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

14.12 Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário.

14.13 Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, o critério adotado será o seguinte:

14.14.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

14.14.2. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

14.14.3. Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

14.14.4. Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

14.14.5. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de Vigência da Apólice

14.14.6. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de Vigência da cobertura será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTREA PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DAAPÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE AVIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365 dias
20	30/365 dias
27	45/365 dias
30	60/365 dias
37	75/365 dias
40	90/365 dias
46	105/365 dias
50	120/365 dias
56	135/365 dias
60	150/365 dias
66	165/365 dias
70	180/365 dias
73	195/365 dias
75	210/365 dias
78	225/365 dias
80	240/365 dias
83	255/365 dias
85	270/365 dias
88	285/365 dias
90	300/365 dias
93	315/365 dias
95	330/365 dias
98	345/365 dias
100	365/365 dias

14.13.7 Para os percentuais não previstos na tabela do subitem 14.14.6 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.13.8 Para os percentuais não previstos na tabela do subitem 14.14.6 deverão

ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.13.9 A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de Vigência ajustado, conforme subitem 14.14.6.

14.13.10 O Segurado poderá restabelecer a cobertura deste seguro, pelo período inicialmente contratado, desde que efetue o pagamento do Prêmio devido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, antes do término do prazo estabelecido com base na tabela indicada no subitem 14.14.6.

14.13.11 O Segurado poderá restabelecer a cobertura deste seguro, pelo período inicialmente contratado, desde que efetue o pagamento do Prêmio devido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, antes do término do prazo estabelecido com base na tabela indicada no subitem 14.14.6.

14.13.12 Findo o novo prazo de Vigência da cobertura referido no subitem 14.14.6 sem que tenha sido retomado o pagamento do Prêmio, a Seguradora operará de pleno direito o cancelamento do Contrato, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.13.13 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de Vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua Vigência, sendo vedada a cobrança de Prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

14.13.14 Respeitado o disposto no item 14.12 e seus subitens, quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de ficha de compensação, deste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:

- a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro; e
- a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante das condições contratuais do seguro.

14.14 O disposto no item 14.12 e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do Prêmio sedê sob a forma mensal.

14.15 No caso de recebimento indevido de Prêmio, o mesmo será devolvido corrigido monetariamente pelo índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato desde a data de recebimento do Prêmio até a data do referido pagamento.

14.16 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).

14.17 Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo de 15 (quinze) dias concedido

na notificação, a cobertura do seguro ficará automaticamente suspensa.

14.18 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.

14.19 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.

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

14.21 Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

14.18.1. Nos casos previstos no item 14.12, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

14.22 Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

14.23 O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 9.1. destas Condições Gerais.

14.20.1. Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre, o(s) prêmio(s) de seguroreferente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12%(doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

14.24 O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na apólice, enseja em suspensão automática do direito às Coberturas estabelecidas na apólice.

14.21.1 A falta de pagamento do prêmio, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

14.25 A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.

14.22.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada, a qualquer tempo, pela

Seguradora, mediante notificação, por escrito, ao Estipulante.

14.22.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de Seguro Contributário recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das garantias dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.

14.22.3. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

14.22.4. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

14.22.4. Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal, por escrito.

14.22.5. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadram nesta condição, poderão ser aplicadas a critério exclusivo da Seguradora, as disposições dos subitens 14.20 e 14.20.1 acima.

15. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL

15.1 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.

15.2 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.

15.3 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.

15.4 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.

15.5 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.

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

16. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

16.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas Condições Contratuais constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas Condições Contratuais constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela

estabelecido; e

I) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

m) 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.

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

16.2 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.

16.3 O Estipulante declara e garante que a formação do grupo de Segurados está baseada em um vínculo lícito e pré-existente à contratação do seguro, que não possui natureza ou finalidade estritamente securitária. Este vínculo deve decorrer de relação legal, estatutária, empregatícia ou de afinidade demonstrável. O Estipulante deve manter o cadastro que comprove a existência e manutenção desse vínculo não securitário.

17. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

17.1 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 Subestipulante 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

18. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

18.1. Em caso de Sinistro coberto, o Segurado, o Beneficiário ou representante legal deverá comunicá-lo à Seguradora por meio on-line através do Portal do Cliente, e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à Seguradora.

18.2. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, Beneficiário ou representante legal, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.

18.3. A partir da entrega da documentação exigível por parte do Segurado, Beneficiário ou representante legal, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos para realizar o pagamento da indenização ou recusar o sinistro. Caso a Seguradora solicite documentos ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.4. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no item anterior o Capital Segurado será atualizado pela variação do índice citado no item 9.1. desde a data do evento, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, após o prazo de 30 dias, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

18.4.1. A atualização será efetuada com base na variação positiva 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.

18.5. O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

18.6. Quando a Seguradora recusar um sinistro com base nas Condições Contratuais do seguro deverá comunicar o fato ao Segurado ou Beneficiário por escrito,

no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa expressando os motivos.

18.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à Seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do Sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr na data de entrega da documentação solicitada.

18.8. Somente poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do Sinistro.

18.9. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18.10. No caso de Beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:

a) Pessoas de idade inferior a 14 (catorze) anos: a indenização será paga, em nome do menor Segurado, ao representante legalmente constituído;

b) Pessoas de idade de 14 (catorze) a 21 (vinte e um) anos, exclusive: a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

18.11. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.

18.12. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Sinistro não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará ao Segurado, ao Beneficiário ou ao representante legal os motivos do não-pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor.

18.13. A documentação necessária para regulação do Sinistro consta nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

18.14. 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;

18.15. 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, exceto às pessoas transportadas pelo próprio veículo segurado;

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

19. PERÍCIA OU JUNTA MEDICA

19.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

19.2. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador escolhido pelos dois nomeados.

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

19.4. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os honorários do terceiro médico serão divididos em partes iguais entre o Segurado e a Seguradora.

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1. O segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito a qualquer Indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

20.1.1 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. O ônus de comprovar a relação de causa e efeito caberá à Seguradora:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações da Proposta de Adesão, que possa influir ou ter influído na aceitação ou taxação do seguro;

- b) Não-cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
- c) Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização;
- d) Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do Evento Coberto e suas consequências;
- f) Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado ou pelo Estipulante;
- g) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s) para obter ou majorar seu Capital Segurado;
- h) Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar **intencionalmente e de forma relevante** o risco objeto do contrato de seguro.
- i) não fornecimento da documentação solicitada;

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

20.3. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Contratação/Adesão.

20.4. A Seguradora, desde que o faça nos 30 (trinta) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, 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.

20.5. 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.

20.6. Se o Segurado, seu representante, ou seu Corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

20.7. Se o Segurado, seu representante, ou seu Corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

20.7.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, é facultado à Seguradora:

20.7.2. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro, ocorrerá:

- a) O cancelamento do seguro, retendo-se do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, a continuidade do seguro, cobrando-se adiferença de Prêmio cabível ou restringindo-se a cobertura contratada.

20.7.2.1. 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 ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

20.7.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.

20.8 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 7.6 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.

21. REINTEGRAÇÃO

21.1. Nos casos de morte e de invalidez permanente total não haverá reintegração.

21.2. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, ou através de meios remotos, o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.

22.2. O Segurado Principal poderá, a qualquer tempo, substituir o(s) Beneficiário(s), incluir outro(s) e/ou complementar as indicações mediante manifestação por escrito à Seguradora e através de formulário próprio da Seguradora, ou através de meios remotos, ressalvadas as restrições legais.

22.2.1 Caso o Segurado não de ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no item 22.2, a Seguradora desobrigar-se-á pagando o

Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

22.3. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

22.4. No caso de morte do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

22.4.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados Principal e Dependente(s) deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

22.5 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.

23. TAXA DO SEGURO, RECÁLCULO DO PRÊMIO E FORMAS DE REENQUADRAMENTO

23.1. Por Idade Média Atuarial: O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.

23.1.1. A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalcular as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro venham a se tornar inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

23.1.2. As modificações previstas no item 23.1.1 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

23.2. Os Prêmios serão reenquadrados anualmente, de acordo com uma das seguintes opções, conforme estabelecido no Contrato e podem ser:

23.2.1. **Por Idade:** A taxa de Prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua idade, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Idade, prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função do aumento de idade, as taxas de Prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice, ou na data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.

a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado Titular.

23.2.2. **Por Faixa Etária:** A taxa de Prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua faixa etária, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Faixa Etária prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função da mudança de faixa etária, as taxas de Prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice ou da data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.

32 de 37

a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjugue em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado.

23.3. Independente das formas de reequadramento acima descritas, quando o segurado atingir idade superior ao estabelecido nas tabelas de taxas, a taxa do seguro individual passará a ser reajustada anualmente pelo percentual de 10%.

24. ALTERAÇÕES NESTE SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

24.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

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

24.3 A renovação que não acarretar alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante mediante a concordância da Seguradora.

24.4 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 escrito, 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.

24.5 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.

24.6 É vedada à Seguradora a realização de alterações unilaterais no contrato. Qualquer

modificação decorrente de redução ou agravamento do risco deverá ser previamente comunicada ao Segurado de forma clara, objetiva e por meio idôneo, assegurando transparência e ciência inequívoca das novas condições.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. As peças promocionais e de propaganda referentes ao seguro somente podem ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas, rigorosamente, as Condições Gerais, as condições de cada garantia e a nota técnica submetidas à SUSEP.

26. PRESCRIÇÃO

26.1. 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.

26.2 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

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

27. FORO

27.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

28. TRIBUTOS

28.1. Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

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

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

29.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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

29.5 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.

29.6 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.

30. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICOS

30.1. Definições: Excedente Técnico: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no ítem “definições” das Condições Gerais deste Seguro.

30.2. Apuração do Resultado: A periodicidade da apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

- a) prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;
- b) estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
- d) recuperação de Sinistros do ressegurador.

30.3. Apuração do Resultado: A periodicidade da apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) Prêmios de resseguro;
- e) valor total dos Sinistros avisados e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com pagamento parcelado;
- f) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) saldo da provisão de IBNR do período;

- h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.
- j) Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

30.4. A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item 31.2 (a) menos os Prêmios definidos no item 31.3 (d) referentes ao período de apuração.

30.5. Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

30.6. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

30.7. Início de vigência desta cláusula: O início de vigência desta Cláusula será sempre equivalente ao início de vigência ou da data do aniversário da Apólice.

30.8. Atualização Monetária: O resultado técnico será apurado em Reais (R\$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

30.9. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, desde o mês:

- a) do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
- b) do aviso dos Sinistros à Seguradora;
- c) da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d) de competência para as despesas de administração da Seguradora.

30.10. Condições Para Distribuição do Excedente Técnico:

- a) A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- b) Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 31.11.

acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.

- c) Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- d) Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

30.11. Distribuição do Excedente Técnico: Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

30.12. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.