

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

SEGURO DE PESSOAS

Condições Gerais

Processo SUSEP n.º 15414.001424/2005-10

ÍNDICES

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objeto do Seguro
2. Definições
3. Garantias do Seguro
4. Riscos Excluídos
5. Carência
6. Âmbito Geográfico de Cobertura
7. Condições para Aceitação e Inclusão no Seguro
8. Beneficiários
9. Capital Segurado
10. Custeio do Seguro
11. Regime Financeiro
12. Pagamento do Prêmio
13. Quitação de Duas Parcelas do Prêmio
14. Início, Vigência e renovação da Cobertura Individual
15. Atualização Monetária
16. Suspensão e Reabilitação das Coberturas
17. Cessação da Cobertura Individual
18. Perda do Direito
19. Vigência e Renovação da Apólice
20. Cancelamento da apólice
21. Liquidação de Sinistro
22. Modificações de Cláusulas
23. Obrigações do Estipulante
24. Propaganda e publicidade
25. Prescrição
26. Informações Complementares
27. Foro

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETO DO SEGURO

O presente seguro de vida em grupo tem por objeto a garantia do pagamento de indenização ao segurado ou beneficiário do seguro, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais, estando a apólice e as respectivas coberturas em vigor na data da ocorrência do evento, desde que não se trate de risco expressamente excluído.

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-

musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) 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, definido nesta cláusula.

Aditivo: Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder alterações na apólice.

Apólice: Documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, por negligência, imprudência imperícia ou abuso, que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação específica de um sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

Beneficiário: pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro. Em caso de reembolso da cobertura Auxílio Funeral, o beneficiário corresponde à pessoa física que comprove a realização do pagamento das despesas garantidas pela cobertura.

Boa Fé: princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

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

Certificado Individual: 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.

Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Companheiro(a): É a pessoa que convive em união estável, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família. Pessoa que se une a outra e que se apresenta à sociedade como se fosse legitimamente casada, formando uma entidade familiar. Somente é reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher.

Não se constitui união estável a relação de pessoas impedidas de se casar. As relações não eventuais entre o homem e a mulher, impedidos de casar, constituem concubinato.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e particulares, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Particulares: Conjunto de cláusulas contratuais estabelecidas numa apólice específica, aplicáveis apenas ao seguro que ela instrumentaliza. São disposições anexadas à apólice e que complementam ou modificam as Condições Gerais e Especiais, prevalecendo sobre estas apenas no que divergirem.

Contrato de Seguro: 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, dos segurados, e dos beneficiários.

Corretor: É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Privado. O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

Custeio do Seguro: de acordo com a opção do Estipulante, o custeio poderá ser:

- a) **Contributário:** em que os Segurados Principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente;
- b) **Não Contributário:** em que os Segurados Principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: é o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

Doenças e Lesões Preexistentes e suas Conseqüências: 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 de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda,

quando o segurado omite que está em tratamento na época da contratação do seguro. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

Doença Profissional: É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra em consequência da atividade profissional desempenhada.

Dolo: É qualquer ato consciente com que alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Na definição jurídica considera-se a vontade consciente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé ou fraudulento.

Endosso: documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.

Formulário de Aviso de Sinistro: Documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.

Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Indenização: É o valor a ser pago ao beneficiário pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.

Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

Início de Vigência da Cobertura Individual: é a data a partir da qual a seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.

Médico Assistente:

- É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.

- Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

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

Parâmetros Técnicos: a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

Período de Cobertura: prazo de duração da garantia contratada, respeitada as condições contratuais, naquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso), prevista nas condições contratuais.

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos feitos pelo segurado à Cia Seguradora, destinados ao custeio do seguro.

Prêmio Comercial: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: 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.

Regime Financeiro de Repartição Simples: a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

Reabilitação do Seguro: é o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão, desde que previsto nas condições do seguro.

Reintegração do Capital Segurado: É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de sinistro decorrente de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de acidente automobilístico ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de crime contra a pessoa do segurado.

Regulação de Sinistro: É o procedimento pelo qual são investigadas as causas e circunstâncias do sinistro avisado, para o fim de verificar se há cobertura para o evento reclamado e para apurar os danos e prejuízos ao abrigo da apólice, bem como para avaliar se o segurado cumpriu todas as obrigações legais e contratuais.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano.

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Principal: é o segurado vinculado por qualquer forma ao estipulante.

Segurados Dependentes: Cônjuge ou companheira(o), os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, quando incluído no contrato de seguro pelo segurado principal, desde que não seja(m) segurável(is) como segurado principal.

Seguradora: é a Companhia de Seguros Aliança do Brasil S.A., que se responsabiliza pela cobertura do seguro, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais.

Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro.

Vigência do Seguro: período fixado para a validade do contrato de seguro.

Vigência da Cobertura Individual: período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

As Coberturas Básicas do Seguro são:

3.1 Morte Natural ou Acidental (MNA): É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2. Doença Terminal (DT): É o evento que possibilita a antecipação de 100% da indenização relativa à Cobertura de Morte, caso o segurado seja clinicamente considerado paciente terminal, conforme definido nestas condições, desde que decorrido o período de carência, conforme item 5, e que não se trate de risco expressamente excluído.

3.3. Auxílio Funeral: Garante o reembolso das despesas incorridas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de adesão, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

3.3.1. O beneficiário poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.

3.3.2. Com o pagamento da cobertura de Doença Terminal, o valor da indenização referente a cobertura Auxílio Funeral será automaticamente antecipada. Na hipótese de antecipação do valor da cobertura Auxílio Funeral será vedada a utilização do serviço de assistência.

3.3.3. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

a) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada.

b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.

3.3.4. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

a) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento aos Clientes da Aliança do Brasil. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil.

3.3.5. Entende-se por “despesas com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Higienização Básica;
- Ornamentação do corpo;
- Coroa de flores da estação;
- Véu;
- Paramentos (essa);

- Velas;
- Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
- Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- Livro de presença;
- Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
- Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente;
- Locação de jazigo em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

3.3.6. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

3.3.7. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

3.3.8. Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que tenha o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

3.3.9. Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.

3.3.9.1. A localização do jazigo será feita de acordo com as disponibilidades locais.

3.3.10. Traslado: traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado quando a distância for superior ao limite especificado no plano contratado.

b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas**. A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.

c) A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).

3.3.11. Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

3.3.12. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da Aliança do Brasil. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.

3.4. Coberturas Adicionais e Suplementares: poderão ser contratadas as coberturas definidas nas condições adicionais e/ou suplementares do seguro e que somente poderão ser concedidas ao grupo segurado que atenda às condições de aceitação previstas nas cláusulas suplementares ou particulares do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

a) **DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**

b) **DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**

- c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;
- d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
- e) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SOCIEDADE SEGURADORA COMPROVAR 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;
- f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, E QUANDO TRATAR-SE DE CONTRATAÇÃO CELEBRADA POR PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
- g) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
- h) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- i) PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- j) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
- k) CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- l) EPIDEMIAS E PANDEMIAS;

m) DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ACIMA, ESTARÃO, TAMBÉM, EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL:

4.2.1. DESPESAS NÃO PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES GERAIS E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS;

4.2.2. DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO;

5. CARÊNCIA

5.1. Para que o segurado tenha direito a cobertura de Doença Terminal, torna-se necessário cumprir o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

5.2. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência individual, ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

6.1. O âmbito territorial das coberturas é o globo terrestre.

6.2. O âmbito territorial para os serviços de assistência de sepultamento é o território nacional.

6.3. O âmbito territorial para os serviços de assistência de traslado é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.

6.3.1. Para fins de assistência será considerado como endereço de domicílio o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

7. CONDIÇÕES PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO

7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ APÓS A ACEITAÇÃO DA SEGURADORA DA PROPOSTA DE SEGURO DEVIDAMENTE ASSINADA PELO ESTIPULANTE E/OU CORRETOR, APÓS CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.

7.2. Poderá ser aceito como segurado todo o proponente que se encontre na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, ou aposentado por idade ou por tempo de serviço e

que se encontre em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 18 e 70 anos, respeitado o subitem 7.4.**

7.3. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

7.4. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação do risco pela Seguradora, que será avaliado por meio do preenchimento da proposta de adesão e declaração pessoal de saúde pelo proponente. A Seguradora tem o prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir do protocolo da proposta de adesão na Seguradora, para decidir sobre a aceitação ou recusa do risco. No caso de recusa, será comunicado ao proponente, por escrito, com a devida justificativa.

7.5. A data da aceitação da proposta será a do término do prazo de 15 (quinze dias), em caso de ausência de manifestação formal da Seguradora.

7.6. O pagamento antecipado do prêmio, não caracteriza a aceitação da proposta. Durante a avaliação do risco, respeitado os itens 7.4 e 7.7, a partir do recebimento da proposta pela seguradora com prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional. Considera-se cobertura condicional aquela em que a Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da proposta pela Seguradora com o pagamento antecipado, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde e que não represente risco agravado.

7.7. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias continuará a correr a partir da zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada na Seguradora do que tiver sido solicitado.

7.7.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

7.8. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões ou de declarações inexatas de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, poderá ensejar a perda do direito à cobertura, além da obrigação do segurado em quitar o prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

7.9. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela

“pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.

- 7.10. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 7.9, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 7.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.10, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 7.12. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.
- 7.13. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. No caso de Morte do segurado, os beneficiários são os indicados por ele na Proposta de Adesão. Na falta de Beneficiário indicado, a indenização devida será paga conforme estabelecido no art. 792 do Código Civil (Lei n.º 10.406, de 10/01/2002), ou seja, metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária. Na falta destes, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 8.1.1. Para efeito desse seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado ao cônjuge no caso de aplicação do artigo 792 do Código Civil.
- 8.1.2. No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pelo segurado, ocorrido em data anterior ao óbito do segurado, sem que haja estipulação de cláusula de reversão, o segurado deverá propor nova indicação de beneficiário. Caso não haja a regularização da indicação do beneficiário, será aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil a quota-parte devida ao beneficiário já falecido.
- 8.2. Para a cobertura de DOENÇA TERMINAL, o beneficiário é o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

- 8.3. Considera-se como beneficiário para a cobertura de Auxílio Funeral (indenização através de Reembolso), a pessoa física que comprove a realização do pagamento das despesas garantidas pela cobertura.
- 8.4. Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.
- 8.5. **O SEGURADO PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA ALIANÇA DO BRASIL E PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PRÓPRIO NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS, A SER OBTIDO NAS DEPENDÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL, TENDO COMO DESTINATÁRIA A SEGURADORA.**
- 8.5.1. **O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O PREENCHIMENTO E ENVIO DO FORMULÁRIO DEVIDAMENTE ASSINADO.**
- 8.5.2. **QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE RECEBIMENTO PELA SEGURADORA DO FORMULÁRIO EFETIVAMENTE ASSINADO PELO SEGURADO.**
- 8.5.3. **EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELOS SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 8.6. **EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI, QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO OU NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO BENEFICIÁRIO INDICADO, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 8.7. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS PELO SEGURADO ULTRAPASSE EQUIVOCADAMENTE 100 % (CEM POR CENTO) SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:
- 8.7.1. QUANDO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA APENAS UM DOS BENEFICIÁRIOS, ESSE PERCENTUAL SERÁ MANTIDO. OS 50% (CINQUENTA POR CENTO) RESTANTES SERÃO RATEADOS ENTRE OS DEMAIS BENEFICIÁRIOS, OBEDECENDO-SE A MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.
- 8.7.2. QUANDO NÃO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA NENHUM BENEFICIÁRIO, O RATEIO SERÁ EFETUADO

OBEDECENDO-SE A MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.

- 8.8. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS NÃO ATINJA 100% (CEM POR CENTO), DEVIDO A EQUÍVOCO DO SEGURADO NA DETERMINAÇÃO DESSES PERCENTUAIS, SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:

8.8.1. HAVENDO MAIS DE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO ENTRE ELES, OBEDECENDO-SE A MESMA PROPORÇÃO DOS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.

8.8.2. HAVENDO SOMENTE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO NOS TERMOS DO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL, BUSCANDO PRESERVAR A MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO SEGURADO.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O capital segurado será escolhido pelo proponente, na data do preenchimento da proposta, de acordo com o plano de sua preferência, observada a sua idade, e corresponderá ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro.
- 9.2. Para a **cobertura de Doença Terminal**, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, **considera-se como data do evento a data do respectivo atestado médico**, que caracterize a Doença Terminal, devidamente assinado pelo médico assistente.
- 9.3. É permitido ao proponente contratar mais de um seguro complementar ao primeiro, desde que a soma dos capitais segurados de todos os seguros contratados junto à seguradora, não exceda o limite máximo determinado pela seguradora.
- 9.4. Para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado **para as coberturas básicas**, considera-se como data do evento: **a data do falecimento**.

10. CUSTEIO DO SEGURO

- 10.1. O custeio do prêmio do seguro será CONTRIBUTÁRIO, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado.

11. REGIME FINANCEIRO

- 11.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade e do capital segurado na época da contratação do seguro.
- 12.2. Na renovação do seguro, o valor do prêmio será aumentado em função do reenquadramento de taxas por mudança de idade do segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais, de acordo com a tabela de comercialização vigente na época do reenquadramento, sem prejuízo da sua atualização monetária.
- 12.3. O pagamento dos prêmios do seguro será anual ou mensal, conforme definido na Proposta de Adesão, custeado totalmente pelo segurado. O segurado poderá optar entre a forma de pagamento por débito automático em sua conta corrente do Banco do Brasil S.A., em data por ele definida, na proposta de adesão, ou no vencimento da fatura de qualquer um de seus cartões de crédito, aceitos como forma de pagamento do prêmio do seguro.
- 12.4. A primeira parcela do prêmio mensal ou do prêmio anual será debitada em até 10 (dez) dias após a respectiva aceitação pela seguradora, para os casos de opção pelo débito em conta corrente.
- 12.5. Para os casos de opção pelo pagamento através de cartões de crédito a primeira parcela do prêmio mensal será debitada no vencimento do mesmo.
- 12.6. **PARA OS CASOS DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO ATRAVÉS DOS CARTÕES DE CRÉDITO COMERCIALIZADOS PELO BANCO DO BRASIL S.A., O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETERÁ A INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO SENDO APLICADO O DISPOSTO NO ITEM 16.**
- 12.7. A qualquer tempo o segurado poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta corrente para cartão de crédito, ou vice-versa.
- 12.8. Caso a data de vencimento do prêmio ocorra em dia de feriado ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no 1º dia útil subsequente, sem acréscimo de valor.

12.9. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS DO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NOS ITENS 18 E 19.

12.10. Os tributos serão pagos por quem a lei determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13. QUITAÇÃO DE DUAS PARCELAS DO PRÊMIO

13.1. Será concedido ao segurado que permanecer com o mesmo seguro por 3 (três) renovações anuais sucessivas a quitação, em seu nome, de 2 (duas) parcelas do prêmio mensais e consecutivas imediatamente após a 3ª (terceira) renovação no seguro.

13.1.1. O segurado perderá definitivamente o direito à referida quitação nos seguintes casos:

- a) **Cancelamento da proposta antes de completar o prazo de 36 (trinta e seis) meses de vigência ininterrupta;**
- b) **Não renovação da apólice coletiva, conforme previsto na Cláusula 19 - Vigência e Renovação da Apólice;**
- c) **Caso esteja inadimplente no 36º (trigésimo sexto) mês de vigência do seguro;**
- d) **Caso ocorra pagamento de sinistro de qualquer cobertura em qualquer época; ou**
- e) **Aviso de sinistro das coberturas de Morte ou Auxílio Funeral em qualquer época.**

13.2. Após a quitação de duas parcelas do prêmio mensais e consecutivas:

- a) **O segurado terá direito novamente à quitação de 2 (duas) parcelas do prêmio mensais e consecutivas caso permaneça com o mesmo seguro por mais 36 (trinta e seis) meses de forma ininterrupta;**
- b) **A contagem do prazo de 36 (trinta e seis) meses se iniciará somente após a quitação anterior;**
- c) **O pagamento das demais parcelas do prêmio vincendas após a quitação das 2 (duas) parcelas a que se refere esta cláusula, serão de responsabilidade exclusiva do segurado.**

13.2.1. O segurado perderá definitivamente o direito à nova quitação nos seguintes casos:

- a) **Cancelamento da proposta antes de completar o prazo de 36 (trinta e seis) meses de vigência ininterrupta após a quitação anterior;**
- b) **Não renovação da apólice coletiva, conforme previsto na Cláusula 19 - Vigência e Renovação da Apólice;**
- c) **Caso esteja inadimplente no 36º (trigésimo sexto) mês contados a partir da quitação anterior;**
- d) **Caso ocorra pagamento de sinistro de qualquer cobertura em qualquer época; ou**

- e) **Aviso de sinistro das coberturas de Morte ou Auxílio Funeral em qualquer época.**

14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 14.1.** O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora.
- 14.2.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 14.3.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.
- 14.4.** O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e por solicitação escrita até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.

15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 15.1.** Os capitais segurados e os prêmios de cada segurado individual serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.
- 15.2.** No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 16.1. Para os seguros com prêmio único ou anual não haverá suspensão da cobertura, pois o não pagamento do prêmio até a data de seu vencimento caracterizará a não contratação ou não renovação do seguro.
- 16.2. Em caso de não pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal até a data de seu vencimento não será efetivada a contratação do seguro.
- 16.3. **PARA OS SEGUROS COM PRÊMIOS MENSAIS:**

16.3.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA, POSTERIOR À PRIMEIRA, NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER INADIMPLÊNCIA DE DUAS PARCELAS CONSECUTIVAS. DESSA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS ANTES DA SUSPENSÃO DA COBERTURA, SEM PREJUÍZO DO DISPOSTO NO SUBITEM 16.3.2 E NÃO HAVERÁ ABATIMENTO DA INDENIZAÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIOS PENDENTES

16.3.2. O PERÍODO DE SUSPENSÃO INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA CONSECUTIVA DO PRÊMIO MENSAL E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DO RECEBIMENTO PELO SEGURADO DE CORRESPONDÊNCIA EMITIDA PELA SEGURADORA INFORMANDO O CANCELAMENTO DO SEGURO.

16.3.3. A Seguradora comunicará por escrito o segurado, em até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO CONTRATO. Esta correspondência funciona como NOTIFICAÇÃO para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), SOB PENA DA APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO SUBITEM 16.3.4 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

16.3.4. O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO COM O RECEBIMENTO PELO SEGURADO DA CORRESPONDÊNCIA EMITIDA PELA SEGURADORA E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 7 - CONDIÇÕES PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA, SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

- 16.4. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.
- 16.5. ALÉM DO PREVISTO NO SUBITEM 16.4, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1. A cobertura de qualquer segurado cessa:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitadas as respectivas vigências mensais em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
- b) ao ser constatado que o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agiram com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
- c) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
- d) com a exclusão do segurado da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte ;
 - pelo pagamento da indenização por Doença Terminal;
 - por falta de pagamento da 1ª parcela do seguro ou de 2 (duas) parcelas consecutivas;
 - na data em que o segurado solicitar o cancelamento do seguro; ou
 - com o eventual cancelamento do contrato do segurado com a BB Administradora de Cartões de Crédito S.A. e/ou o encerramento de sua conta corrente junto ao Banco do Brasil S.A., respeitada a vigência individual do seguro.
- e) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante; e
- f) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

17.2. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL (IS):

- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO.
- B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DE SEGURO;
- C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.

18.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 18.1, ALÍNEA “A”, NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, 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 AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO:

A) COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL ANTES DE EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO; E

B) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO.

18.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

18.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO.

18.3.2. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM CARACTERIZA-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO: AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE OU MUDANÇA DE ATIVIDADE DO SEGURADO.

18.3.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

19.1. A Apólice é emitida com o prazo de vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.

19.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.

19.2. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus ou dever aos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de

documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

- 19.3. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante não tiver expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1. **CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 22 – “MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE”, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**

- 20.2. **ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 21.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou o beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, através da Central de Atendimento da Aliança do Brasil.

- 21.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado ou beneficiários os documentos relacionados abaixo.

- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
- Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)

21.2.1. Documentação adicional para o evento **Morte**:

- Certidão de óbito do segurado
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s). Na falta do RG para o(s) beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) certidão(ões) de nascimento. Se o cônjuge for o beneficiário do

seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheiro será necessária apresentação de Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário

- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s)
- Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à seguradora os seguintes documentos:
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, nomeando todos os menores
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento(s) dele(s). Independente da idade do(s) filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) a(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s);
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento do segurado (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do segurado. Caso seja solteiro(a), enviar a Certidão de Nascimento do segurado;
 - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório, caso exista companheiro (a);
- Declaração médica, carimbada e assinada pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório.

21.2.2. Documentação complementar para o evento **Morte Acidental**:

- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Cópia autenticada do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o segurado for o piloto
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
- Cópia autenticada do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento

- Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia
- Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)

21.2.3. Documentação complementar para a cobertura Doença Terminal:

- Cópia autenticada da carta de concessão da aposentadoria se houver
- Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais
- Declaração médica, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório
- Laudo médico que comprove que o quadro clínico do segurado é de paciente em fase terminal

21.2.4. Documentação complementar para a cobertura Auxílio Funeral:

21.2.4.1. Para o pedido de reembolso de despesas, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:

- Cópia autenticada da certidão de óbito do segurado;
- Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral
- Cópia autenticada das Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.

21.3. A seguradora se reserva no direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para constatar, em caso de Doença Terminal, perícia médica para confirmação da patologia que caracterize Doença Terminal.

21.4. No caso de divergências médicas quanto à patologia que caracterize Doença Terminal devem ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

- 21.4.1. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM TODAS AS DESPESAS.**
- 21.4.2. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 21.5. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.**
- 21.6. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.**
- 21.7. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 21.8. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso, a qualquer tempo, a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.**
- 21.9. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 21.2.**
- 21.10. A seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 21.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 21.9 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.**
- 21.11. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**

- 21.12. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.
- 21.13. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 21, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 21.14. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 21.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 22.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.
- 22.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO
- 22.3. Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 22.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.
- 22.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.

22.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

22.3.4. A seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. São 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 DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDADA;**
- E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO 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, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAREM IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;**

- K) FORNECER A 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 CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE.

23.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUB-ESTIPULANTE:

- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

24.1. A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizadas**.

25. PRESCRIÇÃO

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 26.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 26.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 26.3. 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.
- 26.4. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 26.5. Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou ônus aos segurados, não previstos nestas condições gerais dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 26.6. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

27. FORO

- 27.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 27.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil