

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

SEGURO DE PESSOAS

Condições Gerais

OURO VIDA 2000

PROCESSO SUSEP: 10.003367/00-21

Prêmio Mensal

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do seguro
2. Definições
3. Garantias do seguro
4. Riscos excluídos
5. Âmbito geográfico de cobertura
6. Aceitação do seguro
7. Beneficiários
8. Capital segurado
9. Custeio do Seguro
10. Regime Financeiro
11. Pagamento de prêmio
12. Início, Vigência e Renovação da Cobertura Individual
13. Atualização monetária
14. Suspensão e Reabilitação das Coberturas
15. Cessação da Cobertura Individual
16. Perda de direitos
17. Vigência e renovação da Apólice
18. Cancelamento da Apólice
19. Liquidação de Sinistro
20. Modificação de Cláusulas
21. Obrigações do Estipulante
22. Propaganda e Publicidade
23. Prescrição
24. Informações Complementares
25. Foro

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

01. Aplicação da cláusula
02. Início da cobertura
03. Capital segurado
04. Beneficiários
05. Faturamento da cobrança dos prêmios
06. Coberturas
07. Término das coberturas desta cláusula
08. Condição final

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais, em vigor na data da ocorrência do evento, **respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: O evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e 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, **INCLUSIVE OS DECORRENTES DE SEQÜESTROS E SUAS TENTATIVAS**, 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 esses, 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 o instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder alterações na apólice.

Apólice: Documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia 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.

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. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras e completas na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de 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: Garantia 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(a) segurado(a) a uma data predeterminada.

Comoriência: É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

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, 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 do estipulante.

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 o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Direito 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 feita pelo Estipulante, o custeio poderá ser:

- a) **Contributário:** em que o Segurado Principal participa no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.
- b) **Não Contributário:** em que o Segurado Principal não paga prêmio, recaindo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio 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, inclusive 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 tratamento realizado na 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 conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.

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

Estipulante: Pessoa física ou jurídica que contrata plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante/averbador por não participar do custeio do plano.

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

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

Foro: Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.

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.

Impotência Funcional: É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

Indenização: É o valor a ser pago ao beneficiário pela seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.

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, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Nulidade: Ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É portanto, o ato, que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

Paciente Terminal: Considera-se paciente terminal os portadores de doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, **sem perspectiva de recuperação** e para os quais **há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.**

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, no qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), 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 a seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.

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 no item 4.1 destas Condições Gerais.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos 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: Pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: Documento contendo a 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.

Proposta de Contratação: Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Redução Funcional: É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

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.

Regulação de Sinistro: É o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

Reintegração do Capital Segurado: É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro, mediante aceitação da Seguradora.

Riscos Excluídos: Correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais não cobertos pelo plano de seguro contratado.

Segurado: Pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

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

Segurados Dependentes: É o cônjuge ou companheiro(a) 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 segurável como Segurado Principal.

Seguradora: É a Companhia de Seguros Aliança do Brasil S.A., empresa legalmente constituída para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.

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

Vigência do Seguro: É o período fixado para 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

3.1. Cobertura de 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, observada as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

- 3.2. Cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA):** É a garantia de pagamento de um capital adicional equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de morte se constatado que a morte do segurado foi decorrente de **acidente pessoal coberto**, conforme definido nas condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
- 3.3. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia de pagamento de uma indenização referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, **causada por acidente coberto, calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 3.3.4, desta cláusula e **desde que não se trate de risco expressamente excluído, limitado ao valor correspondente a 100% do Capital Segurado relativo a Cobertura de Morte.**
- 3.3.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.**
- 3.3.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto**, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA**, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no subitem 3.3.4.
- A) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução E, SENDO INFORMADO APENAS O GRAU DE REDUÇÃO (MÁXIMO, MÉDIO OU MÍNIMO), A INDENIZAÇÃO SERÁ CALCULADA, RESPECTIVAMENTE, NA BASE DAS PERCENTAGENS DE 75%, 50% E 25%;**
- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;**
- c) QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, HAVENDO DUAS OU MAIS**

LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;

- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão **JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE** será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.3.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.

3.3.4. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela abaixo:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Perda total da visão de um olho	30
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-	

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	1.1 Perda total do uso de um dos pés	50
	1.2 Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros:	Sem indenização	

3.4. Cobertura de Doença Terminal (DT): É o evento que possibilita a antecipação de 50% da indenização relativa à Cobertura de Morte, caso o segurado seja considerado paciente terminal, conforme definido nestas condições e desde que decorrido o prazo de carência conforme item 3.4.1 e que não se trate de risco expressamente excluído na apólice contratada.

3.4.1. Para que o segurado adquira o referido benefício, torna-se necessário cumprir o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, corridos.

3.4.2. 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.

3.4.3. O CANCELAMENTO DA COBERTURA NÃO DÁ DIREITO A DEVOLUÇÃO OU RESGATE DO PRÊMIO PAGO.

3.4.4. ESTE É UM SEGURO DE VIDA COLETIVO, SENDO ESTRUTURADO NO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, CONFORME

DESCRITO NO ITEM 10 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. DESSA MANEIRA, NÃO HÁ CONSTITUIÇÃO DE PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, PORTANTO NÃO EXISTE RESERVA TÉCNICA INDIVIDUAL PARA SER DEVOLVIDA EM CASO DE CANCELAMENTO.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:**
- 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 CONSEQÜÊNCIAS, 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 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 ATENTÓRIO 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;**
 - g) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;**

- h) USO INDEVIDO DE ÁLCOOL, DROGAS E NARCÓTICOS, SALVO OS PRESCRITOS POR UM MÉDICO PROFISSIONAL HABILITADO E CONSUMIDOS DE ACORDO COM TAL PRESCRIÇÃO;
 - i) INTERVENÇÕES MÉDICAS OU TRATAMENTOS COM DROGAS OU MATERIAIS EXPERIMENTAIS, QUALQUER QUE SEJA A FASE DE DESENVOLVIMENTO DESTES.
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO SUBITEM 4.1, ESTÃO, TAMBÉM, EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS:
- 4.2.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:
 - a) DIRETA OU INDIRETA DE QUAISQUER ALTERAÇÕES MENTAIS CONSEQÜENTES DO USO DE ÁLCOOL, DROGAS, ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;
 - b) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - 4.2.2. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;
 - 4.2.3. PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;
 - 4.2.4. 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;
 - 4.2.5. CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;
 - 4.2.6. CONDUÇÃO DE VEÍCULO SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;
 - 4.2.7. DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 6.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE SEGURO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.
- 6.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de

saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

- 6.3. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 6.4. **A contratação do seguro se formalizará através do preenchimento da proposta de adesão pelo proponente com declaração pessoal de saúde, ou por meio de contratação eletrônica e da respectiva aceitação pela seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora para aceitação ou recusa do risco.**
- 6.5. **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 voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**
 - 6.5.1 **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.**
- 6.6. **A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.**
- 6.7. **Após o prazo de 15 dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito, em caso de recusa.**
- 6.8. **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, ensejará a perda do direito à garantia, além de ficar obrigado ao 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.**
- 6.9. **O pagamento antecipado do 1º (primeiro) prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida Proposta pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Seguradora avaliará o risco.**
- 6.10. **Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do pagamento do prêmio antecipado, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.**

- 6.11. 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.**
- 6.12. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 6.11, 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.**
- 6.13. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 6.12, 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.**
- 6.14. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 6.15. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao Segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total, os capitais segurados de cada garantia contratada.**

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. No caso da ocorrência do evento morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura de Morte, será paga de uma só vez e será devida aos beneficiários indicados pelo segurado. Na falta de indicação de beneficiários, deverá ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002.**
- 7.1.1. Para efeitos desse seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge no caso da aplicação do art. 792 do Código Civil.**
- 7.1.2. 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.**
- 7.2. Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.**
- 7.3. O SEGURADO PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA ALIANÇA DO BRASIL E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**

- 7.3.1. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.
- 7.3.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.
- 7.3.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.
- 7.4. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.
- 7.5. 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:
 - 7.5.1. 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 À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.
 - 7.5.2. QUANDO NÃO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA NENHUM BENEFICIÁRIO, O RATEIO SERÁ EFETUADO OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.
- 7.6. 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:
 - 7.6.1. HAVENDO MAIS DE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO ENTRE ELAS, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.
 - 7.6.2. HAVENDO SOMENTE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR

CENTO) SERÁ DISTRIBUIDO NOS TERMOS DO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL, BUSCANDO PRESERVAR A MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO SEGURADO.

- 7.7. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total Parcial por Acidente, Doença Terminal, o beneficiário será o próprio segurado.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitando os limites estabelecidos.
- 8.2. 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.**
- 8.3. **A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente.**
- 8.4. **Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:**
- a) Para as coberturas de morte: a data do falecimento;
 - b) Para as coberturas de acidentes pessoais: a data do acidente;
 - c) Para a cobertura de Doença Terminal (DT): a data do respectivo atestado médico, que caracterize a DT, devidamente assinado pelo médico assistente.

9. CUSTEIO DO SEGURO

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

10. REGIME FINANCEIRO

- 10.1. **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.**
- 10.2. **No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.**

11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 11.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade e do capital segurado na época da contratação do seguro.
- 11.2. Na Renovação do Seguro Individual, respeitado o subitem 11.3., o Prêmio será aumentado por mudança de Faixa Etária do Segurado, de acordo com a tabela de comercialização vigente na época do reenquadramento.
- 11.3. O 1º (primeiro) aumento do Prêmio em função da mudança de Faixa Etária do Segurado ocorrerá somente na 3ª (terceira) Renovação Anual do Seguro. Os aumentos posteriores respeitarão o disposto no subitem 11.2.
- 11.4. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio Mensal do seguro, conforme a forma de pagamento estipulada, até a data de seu vencimento.
- 11.5. O segurado poderá optar entre a forma de pagamento por débito em conta corrente ou débito **em cartão de crédito comercializado pelo Banco do Brasil S.A.**
- 11.6. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta corrente, a 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal será debitada após respectiva aceitação da proposta pela Seguradora. As parcelas subseqüentes serão debitadas na data de vencimento definida pelo segurado na proposta de adesão;
- 11.7. **PARA OS CASOS DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO POR FATURA DO CARTÃO DE CRÉDITO, OS PRÊMIOS MENSAIS SERÃO DEBITADOS NO VENCIMENTO DA FATURA DO CARTÃO. NESSE CASO, O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETARÁ A INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NOS ITENS 14 E 15.**
- 11.8. **A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA CORRENTE OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NOS ITENS 14 E 15.**
- 11.9. O segurado poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta corrente para cartão de crédito ou vice-versa.
- 11.10. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subseqüente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
- 11.11. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 17 e 18.**

- 11.12. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.13. O segurado deverá continuar pagando o valor integral do prêmio de seguro, independente de qualquer indenização que tenha sido efetuada em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

12. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 12.1. O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora. **No caso de propostas recepcionadas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.**
- 12.2. 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, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas Término da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.
- 12.3. O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente ao prazo de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 13.1. Os capitais segurados e os prêmios de cada segurado serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 13.2. 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

14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 14.1. 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.
- 14.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR A 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 NA CLÁUSULA 14.4 E, NÃO HAVERÁ ABATIMENTO DA INDENIZAÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIOS PENDENTES.

- 14.3. 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.
- 14.4. A Seguradora enviará correspondência ao 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 ITEM 14.5 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS**.
- 14.5. 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 6 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA, SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.
- 14.6. 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.
- 14.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 14.6, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

15. CESSAÇÃO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 15.1. A cobertura de qualquer segurado cessa:
 - a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido integralmente pagos;
 - b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
 - c) com a exclusão do segurado da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte;

- por falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro ou de 2 (duas) parcelas consecutivas; e
 - na data em que for protocolado na Seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pela segurada, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) com o término do vínculo entre a segurada e o Estipulante; e
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.
- 15.2. Na hipótese da segurada, 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.

16. PERDA DE DIREITOS

- 16.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO 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) BENEFICIÁRIO(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. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.
 - B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
 - C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.
- 16.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, 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, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE 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.**
- 16.3. 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.**
- 16.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.**
 - 16.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE OU MUDANÇA DE ATIVIDADE DO SEGURADO.**
 - 16.3.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.**

17. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 17.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.**
- 17.1.1. 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.**

- 17.2.** 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 tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.
- 17.3.** Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, 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.

18. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 18.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 20 – “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 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**
- 18.2. 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.**

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 19.1.** Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, através da Central de Atendimento da Seguradora.
- 19.2.** 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 que sofreu o sinistro.
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).
- 19.2.1. Documentação complementar para o evento **Morte Natural**:**
- Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro.
 - Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s), Na falta do RG para 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.

- 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 com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado;
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para filhos(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 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) dos CPF(s);
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (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 ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheiro(a);
- Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

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

- Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro.
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) ou, na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). 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.
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s), Na falta do RG para 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.
- **Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à seguradora os seguintes documentos:**
 - ✓ Original da declaração com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado;
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para filhos(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 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) dos CPF(s);
- ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (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 ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheiro(a);
 - Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.
 - Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível.
 - Cópia autenticada do Inquérito Policial, não sendo a não apresentação deste, fator impeditivo para encerramento do processo.
 - 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).

19.2.3. Documentação complementar para o evento **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver).
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor.
- Cópia autenticada do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se houver.
- 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).

- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia).
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível.
- Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

19.2.3.1. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

19.2.4. Documentação complementar para o evento 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, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.
- Laudo médico que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevivência de no máximo 6 (seis) meses, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada.

19.3. A SEGURADORA SE RESERVA NO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO PARA CONSTATAR:

- **Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** perícia médica para confirmação do grau ou permanência da invalidez;
- **Em caso de Doença Terminal:** perícia médica para confirmação da patologia que caracterize Doença Terminal.

19.4. 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.

19.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado ou quanto à patologia que caracterize Doença Terminal, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

19.6. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um

terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que 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.

- 19.7. 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.**
- 19.8. 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.**
- 19.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.**
- 19.10. 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.**
- 19.11. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso 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.
- 19.12. 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 19.2.**
- 19.13. A seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 19.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 19.12 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.**
- 19.14. 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.**

- 19.15. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.
- 19.16. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 19, 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, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 8.4, E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 19.17. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 19.16, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

20. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 20.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.
- 20.2. 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, TRÊS QUARTOS DO GRUPO.
- 20.3. 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.
- 20.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.
- 20.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 20.3.3. 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.

20.3.4. 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.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1. 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 CADASTRALIS;**
- B) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRALIS 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**
- L) 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.

21.2. 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.**

22. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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.**

23. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

24. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 24.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 24.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.**
- 24.3. 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.**

- 24.4. 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.

25.FORO

- 25.1. 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.
- 25.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

**CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO
FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU
COMPANHEIRO(A)**

1. APLICAÇÃO DA CLÁUSULA

1.1. Quando solicitada a contratação da Cláusula Suplementar pelo Segurado Principal, por escrito, poderá ser incluído seu cônjuge como Segurado Dependente, **desde que o(a) ele(a) esteja em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesseis) anos e 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias, respeitada as condições contidas nesta cláusula e nas condições gerais do seguro.**

1.1.1. O companheiro(a), entendido, para todos os efeitos desta cláusula, a pessoa de sexo oposto que com o segurado conviva em união estável de forma pública e notória com o objetivo de constituir família, poderá figurar como Segurado Dependente, desde que atendidos os requisitos do item 1.1.

1.2. Para comprovação da união estável devem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:

- I) Certidão de nascimento de filho(s) havido em comum;
- II) Certidão de casamento religioso;
- III) Declaração de Imposto de Renda do segurado principal, em que conste o companheiro como seu dependente;
- IV) Anotação constante na Carteira Profissional (CP) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), feita pelo órgão competente;
- V) Prova de mesmo domicílio;
- VI) Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- VII) Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;
- VIII) Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela Seguradora.

1.3. Não pode ser incluído nesta cláusula suplementar o cônjuge ou companheiro(a) que, figurando como segurado(a) principal, seja segurável pela apólice, independentemente desta cláusula.

2. INÍCIO DA COBERTURA

Desde que o cônjuge esteja em boas condições de saúde, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começa a vigorar na data da contratação, conforme as condições gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

Em qualquer hipótese, o capital segurado do cônjuge será igual a 50% do que couber ao segurado principal.

4. BENEFICIÁRIOS

- 4.1. A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao segurado principal.
- 4.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(a) segurado(a) dependente, o capital segurado referente a cobertura dos segurados, principal e dependente, deverão ser pagos:
- 4.1.1.1. A indenização do(a) segurado(a) dependente será paga aos seus herdeiros legais, aplicando-se o disposto no artigo 792 do Código Civil.
- 4.1.1.2. Caso o(a) segurado(a) dependente seja o beneficiário indicado na proposta, ou um dos beneficiários indicados para receber a indenização, ou parte do capital segurado, respectivamente, **o valor atribuído a este(a)** será pago aplicando-se o determinado no artigo 792 do Código Civil.
- 4.2. A indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ou indenização por Doença Terminal, será paga ao segurado cônjuge.

5. FATURAMENTO DA COBRANÇA DOS PRÊMIOS

A cobrança do prêmio relativo ao seguro do cônjuge ou companheiro(a) será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado, e em conformidade com as condições gerais da apólice.

6. GARANTIAS

Serão estendidas ao cônjuge, as coberturas do seguro, desde que contratada(s) e em vigor para o respectivo segurado principal, observadas as condições gerais do seguro, inclusive o período de carência.

7. CESSAÇÃO DAS GARANTIAS DESTA CLÁUSULA

A cobertura de qualquer segurado, cônjuge ou companheiro(a) terminará obrigatoriamente:

- a) Na data em que for cancelado o seguro de cada segurado ou quando esta cláusula for cancelada;**
- b) Quando cessar o seguro do segurado principal, qualquer que seja a causa;**
- c) No caso de separação de fato ou judicial e/ou divórcio do casal;**
- d) No caso de cancelamento do registro, quando se tratar de companheiro (a), e/ou pelo fim da convivência conjugal;**
- e) Por solicitação do segurado; e**

- f) Com o pagamento da Indenização por Morte, por ocasião de sinistro ocorrido com o cônjuge ou companheiro(a), ou seja o segurado dependente.

8. CONDIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cláusula suplementar de inclusão facultativa de cônjuge.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil