

SEGURO ZURICH VIDA EM GRUPO CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições desta apólice ficam convencionadas as seguintes definições:

Acidente Pessoal:	Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto no item 4.4. e seus sub-ítem destas Condições Gerais.
Apólice:	Documento que a Seguradora emite, com um número próprio de identificação, formalizando a aceitação do risco proposto pelo Estipulante. A apólice discrimina as coberturas contratadas e condições aplicáveis.
Aviso de Sinistro:	Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
Beneficiário:	É a pessoa, física ou jurídica, a quem é devido o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
Capital Segurado:	É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a cobertura contratada em decorrência de sinistro coberto e vigente na data do sinistro.
Carência:	Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão da cobertura, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados e a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.
Certificado Individual:	Documento destinado ao Segurado e emitido pela Seguradora, ou, se autorizado por esta, pelo Estipulante, que formaliza a aceitação do proponente na apólice, a renovação do seguro ou a alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Do certificado individual devem constar, além dos dados pessoais do segurado, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.
Cobertura:	Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado de acordo com as condições da apólice. Para emissão de apólice deste seguro, a Cobertura Básica é de contratação obrigatória.

Cobertura Adicional:	Cobertura, contratada na apólice, que garante riscos não cobertos pela Cobertura Básica Morte Natural ou Acidental. Cada modalidade do presente plano pode prever a contratação de uma ou mais coberturas adicionais.
Condições Contratuais:	Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta, das Condições Gerais, das Condições Especiais, 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 e que definem as características gerais do seguro. As presentes Condições Gerais poderão ser alteradas pelas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares, Coberturas Adicionais e pelo Contrato, desde que sejam ratificadas e incluídas na Especificação da Apólice. Sempre que a interpretação o permita, em qualquer texto integrante da apólice, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.
Condições Especiais:	Conjunto de cláusulas estabelecidas para diferentes modalidades ou formas de contratação de um mesmo plano de seguro.
Contrato:	Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
Corretor:	Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro, podendo representar os interesses do Estipulante ou do Segurado junto à Seguradora.
Dados Cadastrais:	São informações sobre o Estipulante e sobre os Segurados que toda proposta de seguro e todas as movimentações da apólice deverão conter, conforme segue: 1. PESSOA FÍSICA: a. Nome completo; b. Sexo; c. Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); d. Data de nascimento; e. Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição (RG); e f. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD. 2. PESSOA JURÍDICA: a. Denominação ou razão social; b. Atividade principal desenvolvida; c. Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); d. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD.

Dano Moral:	Toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas desta apólice.
Doenças e Lesões Corporais Preexistentes:	São as doenças e lesões, inclusive as congênitas, contraídas ou sofridas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.
Endosso ou Aditivo:	Instrumento de alteração do contrato de seguro – documento que a Seguradora emite para promover qualquer modificação na apólice e que fica fazendo parte integrante da mesma. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma solicitação de alteração da apólice.
Estipulante:	Pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
Franquia:	É o período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
Garantias:	São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
Grupo Segurado:	É a parte do grupo segurável efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na apólice. Mediante solicitação do Estipulante e aprovação da Seguradora o grupo segurado poderá sofrer alterações durante a vigência da apólice.
Grupo Segurável:	É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que, de acordo com as condições da apólice, podem aderir a este seguro.
Indenização:	Pagamento pecuniário devido pela Seguradora, ao Segurado ou aos beneficiários, em decorrência de sinistro coberto pela apólice.
Indenizações Punitivas:	Indenizações decorrentes de processos civis, como punição a qualquer falta do Estipulante ou do Segurado, não destinadas a repor a perda do Segurado ou de terceiro reclamante (“Punitive Damages”). As Indenizações Punitivas são riscos excluídos de todas as coberturas desta apólice.
Invalidez Permanente:	Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

Médico Responsável:	É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
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, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
Prescrição:	Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
Proponente:	Pessoa física que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
Proposta:	Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco através do qual o Estipulante ou seu Corretor de Seguros, expressa o interesse de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma proposta.
Proposta de Adesão:	É o documento com 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 do seguro sob a forma coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais
Reabilitação do Seguro:	É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
Regulação de Sinistro:	É o processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Estipulante, pelo Segurado ou por seus beneficiários, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da apólice, providenciar a indenização devida nos termos da mesma.
Reintegração do Capital Segurado:	É a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após a ocorrência de sinistro coberto.
Risco ou Evento Coberto:	Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições contratuais.

Riscos Excluídos:	São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, e, se houver, nas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares, nas Cláusulas das Coberturas Adicionais e no Contrato, que não estão cobertos pelo plano.
Seguradora:	É a Zurich Brasil Seguros S.A., empresa legalmente constituída para assumir e gerir os riscos devidamente especificados na apólice, mediante a cobrança do prêmio respectivo.
Segurados:	São os proponentes que estão expostos aos riscos previstos nas coberturas contratadas, efetivamente aceitos pela Seguradora e incluídos no seguro, sendo: <ul style="list-style-type: none"> a) Segurados principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante. b) Segurados dependentes: os cônjuges, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda e/ou da previdência social, desde que não sejam seguráveis como Segurados principais quando incluídos neste seguro. A(o) companheira(o) equipara-se ao cônjuge, desde que haja comprovação de união estável, na forma da legislação em vigor.
Sinistro:	É a ocorrência de um risco coberto pela apólice, durante o período de vigência da cobertura individual, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
Sub-Estipulante:	É a pessoa jurídica que participa de apólice coletiva contratada pelo Estipulante, assumindo as mesmas responsabilidades deste e ficando igualmente investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora. Assim, sempre que na apólice ler-se Estipulante, entenda-se também sub-Estipulante, quando houver.
Vigência da apólice:	É o período durante o qual a apólice contratada está em vigor.
Vigência da cobertura individual:	É o período durante o qual as coberturas contratadas para cada Segurado aceito durante a vigência da apólice estão em vigor, respeitadas as condições das mesmas.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro garante, nos termos destas Condições Gerais e das demais condições contratuais, até o limite do capital segurado estabelecido para cada cobertura contratada, o pagamento de indenização ao segurado ou aos seus beneficiários, pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos em tais coberturas.

CLÁUSULA 3ª ADESÃO DE SEGURADOS

Poderão aderir ao seguro os proponentes do grupo segurável com qualificação e limite de idade indicados na Especificação da apólice.

A inclusão dos proponentes seguráveis, principais e dependentes, é feita por adesão a este seguro em uma das seguintes formas:

- 3.1. Automática** – Através desta forma de adesão, estarão cobertos todos os proponentes, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão ou, ainda, por solicitação expressa do Estipulante, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis;
- 3.2. Facultativa** – Através desta forma de adesão, estarão cobertos apenas os proponentes que manifestarem interesse na contratação, mediante preenchimento e assinatura de proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

CLÁUSULA 4ª - GARANTIAS DO SEGURO

- 4.1. A Cobertura Básica deste seguro é a abaixo destacada, excetuando-se os riscos excluídos, mencionados na CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS e outras restrições das Condições aplicáveis à mesma, sendo de contratação obrigatória neste seguro.

Morte: É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao capital individual contratado para esta cobertura, em caso de Morte do Segurado, seja por causa natural ou acidental, ocorrida durante a vigência deste seguro.

A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

- 4.2. Desde que ratificadas na Especificação da apólice, Coberturas Adicionais e Suplementares poderão ser contratadas e serão reguladas por estas Condições Gerais e por condições próprias.
- 4.3. Este seguro não é complementar nem suplementar ao seguro de acidentes do trabalho regulado por Lei específica.
- 4.4. Para fins das coberturas deste seguro, entende-se por acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
- 4.4.1. Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal:
 - 4.4.1.1. o suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - 4.4.1.2. a ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - 4.4.1.3. o escapamento acidental de gases e vapores;
 - 4.4.1.4. o seqüestro e tentativa de seqüestro;
 - 4.4.1.5. as alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
 - 4.4.2. Excluem-se do conceito de acidente pessoal:
 - 4.4.2.1. 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;
- 4.4.2.2. as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - 4.4.2.3. 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - 4.4.2.4. 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 no item 4.4. acima.

CLÁUSULA 5ª - RISCOS COBERTOS

A cobertura básica deste seguro cobre a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorrida durante a vigência da cobertura individual, respeitadas as condições da apólice.

Outras coberturas, se contratadas, deverão estar ratificadas na Especificação da Apólice, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados. Os Riscos Cobertos das demais coberturas contratadas estarão discriminados nos textos das respectivas coberturas adicionais.

CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos ocorridos em conseqüência:

- 6.1. do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 6.2. de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando, da ocorrência de evento coberto, o Segurado esteja prestando serviço militar ao seu país em tempos de paz ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 6.3. de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 6.4. direta ou indireta de 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;**

- 6.5. de acidentes e doenças pré existentes à contratação deste seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na contratação do plano;
- 6.6. do suicídio, se ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos da cobertura individual ou da recondução do seguro após suspensão ou ainda nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- 6.7. de dano moral;
- 6.8. de epidemias;
- 6.9. de indenizações punitivas;
- 6.10. de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, por seus beneficiários, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
- 6.11. direta ou indireta de atos ou omissões do Segurado, praticados sob o efeito de álcool ou de bebida alcoólica que determine grau de alcoolemia superior a 0,5 gramas por litro de sangue ou sob efeito de estupefacientes utilizados sem ou contra as indicações de prescrição médica, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas que causem alterações mentais;
- 6.12. de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- 6.13. de atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação.

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas será definido na Especificação da Apólice.
- 7.2. Os capitais segurados contratados poderão sofrer atualizações ou recálculos, bem como os respectivos prêmios, desde que expressamente convencionado nas demais condições da apólice.
- 7.3. Para efeito de determinação do capital segurado da cobertura básica deste seguro, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da morte.
- 7.4. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente, não se acumulam, devendo ser observado o disposto na CLÁUSULA 9ª - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO destas Condições.

CLÁUSULA 8ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

8.1. DA ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS

- 8.1.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste contrato, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 8.1.2. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data em que se torne exigível e aquele publicado na data imediatamente anterior ao efetivo pagamento.
- 8.1.3. Caso o Conselho Monetário Nacional deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionados às metas de inflação, será considerado para efeito desta cláusula, o índice que vier a substituí-lo.
- 8.1.4. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
- 8.1.5. Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação.

- 8.1.6. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

8.2. DA ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

- 8.2.1. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 8.1.1. destas condições a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
- 8.2.1.1. No caso de cancelamento do contrato, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- 8.2.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.
- 8.2.2. Caso o pagamento da indenização não seja efetuado conforme disposto no subitem 13.7 da CLÁUSULA 13 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, o valor da mesma será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido no item 8.1.1. destas condições, acrescido de juros de mora.
- 8.2.3. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo para esse fim, e serão contados a partir do primeiro dia posterior a tal prazo.

8.3. DO RECÁLCULO DOS VALORES

- 8.3.1. Os capitais segurados, quando da contratação do seguro, poderão representar múltiplos de valores pré-definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc) ou saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados e poderão, também, ser recalculados no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses, desde que o recálculo esteja previsto na proposta, no contrato, na apólice e no certificado.
- 8.3.2. O recálculo dos capitais segurados visa à adequação dos mesmos aos termos acordados com os Estipulantes, Sub-estipulantes e Segurados.
- 8.3.3. Quando os capitais segurados representarem múltiplos de valores pré-definidos, os respectivos prêmios serão simultaneamente recalculados.
- 8.3.4. Quando os capitais segurados representarem saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos segurados, os prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no capital segurado médio do período de cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais. O critério de cálculo do prêmio será determinado no contrato.

CLÁUSULA 9ª - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE, por acidente ou doença, se contratadas, não se acumulam.

- 9.1. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida por Morte deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não

exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para Morte.

- 9.2. Tendo sido paga indenização decorrente de Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado, este é automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 10 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Salvo disposição em contrário nas demais condições ou na Especificação da apólice, as coberturas concedidas por este seguro são extensivas a todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 11 - CARÊNCIA

- 11.1. **A garantia de morte natural constante na Cobertura Básica está sujeita a carência de no máximo 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do risco individual ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso.**
- 11.2. **O período de carência, se houver, será estabelecido na Especificação da apólice**
- 11.3. **Não haverá carência para eventos resultantes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, cuja carência é de 2 (dois) anos.**
- 11.4. **Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.**
- 11.5. **Se suspenso ou excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de proposta de adesão, o Segurado deverá cumprir novo período de carência, salvo expressa menção em contrário na Apólice.**
- 11.6. **No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.**

CLÁUSULA 12 - PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO

- 12.1. **Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o mesmo deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, seu representante ou pelo(s) beneficiário(s), em formulário próprio de Aviso de Sinistro, carta registrada, telegrama, fax, e-mail ou por qualquer outro meio legal, à Seguradora ou a seu Representante.**
- 12.2. **Da comunicação antes referida deverão constar: data, hora, local, causa do sinistro e outras informações relevantes.**
- 12.3. **A comunicação na forma das cláusulas anteriores não exonera o segurado ou seu beneficiário da obrigação de apresentar o Aviso de Sinistro, o mais rápido possível, e entregar a Seguradora todos os demais documentos pertinentes ao sinistro, conforme CLÁUSULA 13 -PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, destas Condições Gerais, e, se houver, outros documentos indicados nas demais condições da apólice.**
- 12.4. **O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.**

CLÁUSULA 13 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO

- 13.1. **O pagamento de qualquer indenização com base neste seguro somente poderá ser efetuado após o Segurado ou Beneficiário ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do mesmo.**

- 13.2. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 13.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a essa comprovação ou apuração, correrão por conta dos beneficiários ou quem de direito, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 13.4. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 13.5. A Seguradora poderá exigir, também, do Segurado ou de seus beneficiários, documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquérito ou processos relacionados com o sinistro.
- 13.6. Para rápida regulação do sinistro, envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos básicos abaixo especificados, e, se houver, os constantes nas demais condições da apólice, ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar quaisquer outros documentos necessários, se existir dúvida fundada e justificável.
- 13.7. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias a partir da entrega de toda documentação exigível para o pagamento da indenização devida. No caso de solicitação de documentação complementar prevista no item anterior, esse prazo será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 13.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação e por escrito, a constituição de junta médica.
 - 13.8.1. A junta médica acima mencionada será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
 - 13.8.2. 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.
 - 13.8.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 13.9. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE MORTE
 - a) formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
 - b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - d) Ficha de cadastro, se funcionário, ou proposta de adesão ao seguro;
 - e) Comprovante de recebimento de salário ou recolhimento do prêmio, do período referente à data do acidente; e
 - f) documentos dos Beneficiários:
 - todos: comprovante de endereço, número de telefone e código DDD,
 - cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - companheira(o): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
 - pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.
 - g) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - h) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - i) cópia autenticada do Laudo de Necrópsia, se houver; e

- j) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 14 - FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

As indenizações serão pagas sob a forma de parcela única, salvo disposição em contrário nas Cláusulas das Coberturas Adicionais.

CLÁUSULA 15 - DECLARAÇÕES/ALTERAÇÕES/COMUNICAÇÕES

- 15.1. As declarações prestadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou pelo Corretor de Seguros, na proposta e nos demais documentos necessários à apreciação do risco proposto à Seguradora, servem de base à aceitação e realização deste seguro.
- 15.2. Os formulários que a Seguradora põe à disposição do Segurado como parte integrante da proposta, como documentos anexos à mesma ou sob a forma de questionários sobre o estado de saúde, atividades profissionais, ocupacionais, desportivas ou sobre a situação patrimonial e financeira do Segurado, constituem elementos facilitadores das declarações a prestar.
- 15.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba e por escrito, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos na apólice, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
 - 15.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
 - 15.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 15.4. Nenhuma alteração nesta apólice será válida se não for feita por escrito, com a concordância das partes contratantes.
- 15.5. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

CLÁUSULA 16 - PERDA DE DIREITOS

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto, a Seguradora ficará isenta do pagamento de qualquer indenização, sem restituição de prêmio, se houver, por parte do Segurado, de seus beneficiários, do representante de um ou de outro, de seu corretor de seguros ou do Estipulante (seus controladores, dirigentes e administradores):

- 16.1. Fraude ou tentativa de fraude comprovada, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice, simulando ou provocando um sinistro, ou, ainda, agravando suas conseqüências.
- 16.2. **A realização de declarações inexatas, falsas ou erradas ou a omissão de circunstâncias que pudessem influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, sem prejuízo da obrigação do prêmio vencido, conforme Art. 766 do Código Civil, sendo que:**
 - 16.2.1. **Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora poderá adotar um dos procedimentos abaixo:**
 - 16.2.1.1. **Na hipótese de não ocorrência de 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.**
- 16.2.1.2. **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.**
- 16.2.1.3. **Na hipótese da ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.**

CLÁUSULA 17 - CANCELAMENTO E RESCISÃO

17.1. O presente seguro será cancelado ou rescindido:

- 17.1.1. A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 17.1.2. No caso de falta de pagamento do prêmio, observado o disposto nas Cláusulas 20 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO e 21 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.
- 17.1.3. No caso de agravação de risco individual, a Seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, excluindo-o da apólice. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação.
- 17.1.4. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a esta apólice e se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 16 - PERDA DE DIREITOS.

17.2. Este seguro, se pago o prêmio em parcela única, também poderá ser cancelado, total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes:

- 17.2.1. Se a pedido do Segurado, a Seguradora reterá o prêmio de acordo com a tabela da CLÁUSULA 20 – RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO destas condições;
- 17.2.2. Se por iniciativa da Seguradora, a mesma restituirá ao Segurado a parte do prêmio líquido recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pro-rata dia), a contar da data do cancelamento.

17.3. Em qualquer das situações acima, **não será devida** a devolução do custo de emissão da Seguradora (custo de apólice) e dos juros de parcelamento, se houver, processando-se o cálculo sobre o prêmio líquido da apólice.

CLÁUSULA 18 - CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com as demais condições da apólice, este seguro pode ser:

- 18.1.** Não contributivo, em que os Segurados não pagam os prêmios, devidos exclusivamente pelo Estipulante, ou
- 18.2.** Contributivo, em que os Segurados pagam prêmios, total ou parcialmente, mediante recolhimento sob a responsabilidade do Estipulante.

CLÁUSULA 19 - CÁLCULO DO PRÊMIO

- 19.1.** O valor e a forma de cálculo do prêmio será definido na Especificação da apólice, podendo haver alteração de taxa por faixa etária. Neste caso, a forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do Segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e serão disponibilizadas aos proponentes quando da adesão ao seguro.
- 19.2.** Sem prejuízo do disposto no subitem anterior, poderão ser aplicáveis, conforme indicado nas demais condições e na Especificação da apólice:
 - 19.2.1.** Prêmios adicionais para cobertura de eventos previstos nas exclusões mencionadas na CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUIDOS destas Condições Gerais ou nas exclusões das coberturas adicionais contratadas, desde que aceitos expressamente pela Seguradora.
 - 19.2.2.** Prêmios adicionais por risco agravado, devidamente aceito, resultante de, por exemplo, doença ou incapacidade preexistente, ou por existirem fatores de risco presentes que possam condicionar ou agravar o seu estado de saúde ou a probabilidade de ocorrência de acidente, tais como os resultantes de hábitos e modos de vida e os de ordem profissional, ocupacional ou desportiva.
- 19.3.** Fazem parte do prêmio todos os encargos que incidam sobre o mesmo.
- 19.4.** Os prêmios poderão ser recalculados anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado. Não obstante, a Seguradora se reserva o direito de recalcular o prêmio a qualquer tempo, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo segurado ou no resultado da apólice, que possa influir na taxa do seguro.
Caso sejam apresentadas novas condições ao Estipulante, este disporá do prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir de sua apresentação, para as recusar ou renegociar, presumindo-se a sua aceitação, no caso de ausência de manifestação de vontade, respeitado o disposto no item 15.5.

CLÁUSULA 20 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 20.1.** O recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados será realizado pelo Estipulante, respeitando-se as seguintes disposições:
 - 20.1.1.** O recolhimento dos prêmios devidos pelo Segurado será efetuado automaticamente por meio de faturas, débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou outros documentos de arrecadação que o Estipulante emita contra o Segurado que tenha aderido ao presente seguro.
 - 20.1.2.** O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, ou parceladamente, mediante acordo entre as partes.
 - 20.1.3.** Nos seguros com cobrança do prêmio através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

- 20.1.4. Constará explicitamente dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, o prêmio do seguro, a seguradora responsável e obrigatoriamente, quando for o caso, as seguintes informações:
I – a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro; e
II - a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da Cláusula de Recolhimento e Pagamento do Prêmio constante nas condições contratuais do seguro.
- 20.1.5. As coberturas deste seguro ficarão automaticamente suspensas se o prêmio não for recolhido ao Estipulante até a data estabelecida para pagamento da parcela única ou de cada parcela devida, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, salvo nos casos de seguros com fracionamento de prêmio nos termos do item 20.4. destas Condições Gerais.
- 20.1.6. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo o prêmio devido ser abatido da indenização.
- 20.1.7. O pagamento do seguro deverá ser sempre incluído no pagamento mínimo periódico exigido pelo Estipulante, não sendo passível de inclusão em créditos rotativos e outras formas de financiamento disponibilizadas pelo Estipulante ao Segurado, a menos que expressamente acordadas com o cliente e pagos nos prazos convencionados entre a Seguradora e o Estipulante.
- 20.2. Os prêmios recolhidos na forma acima serão pagos pelo Estipulante à Seguradora, respeitando-se, ainda, as seguintes disposições:
- 20.2.1. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas;
- 20.2.2. Mensalmente, ou nos períodos indicados na Especificação ou demais condições da apólice, com base nos seguros vigentes e prêmios devidos, a Seguradora encaminhará fatura de cobrança ao Estipulante onde constará o nome do mesmo, o valor do prêmio, a data de emissão do documento de cobrança, o número da apólice/endorso e a data limite para o pagamento;
- 20.2.3. A data limite para pagamento do prêmio à vista ou da 1ª parcela do fracionamento, se houver, não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da apólice, da fatura ou endossos dos quais resulte cobrança de prêmio.
- 20.3. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que solicitado.
- 20.4. Para efeito de cobertura nos seguros com fracionamento de prêmio, no caso do não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, com base na seguinte tabela de prazo curto:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	Fração a ser aplicada sobre a vigência original:	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	Fração a ser aplicada sobre a vigência original:	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	Fração a ser aplicada sobre a vigência original:
13	15/365	56	135/365	83	255/365
20	30/365	60	150/365	85	270/365
27	45/365	66	165/365	88	285/365
30	60/365	70	180/365	90	300/365
37	75/365	73	195/365	93	315/365
40	90/365	75	210/365	95	330/365
46	105/365	78	225/365	98	345/365
50	120/365	80	240/365	100	365/365

Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

- 20.4.1. Ocorrendo atraso, a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante, por escrito, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos da tabela acima, e, mediante acordo da Seguradora, o Segurado poderá restabelecer o direito às coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo da tabela acima, atualizado monetariamente de acordo com a CLÁUSULA 8ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES, acrescido dos juros contratuais, respeitado o limite estabelecido na legislação vigente.
- 20.4.2. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item anterior, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.
- 20.4.3. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, o contrato será automaticamente cancelado.
- 20.4.4. No caso de parcelamento do prêmio, além dos juros cobrados a título de Adicional de Fracionamento, nenhum valor poderá ser cobrado a título de custo administrativo de fracionamento, sendo facultado ao Segurado o pagamento antecipado de prêmios fracionados, com redução proporcional dos juros pactuados, se houver, mediante solicitação formal à Seguradora.
- 20.4.5. Nos sinistros de seguros com prêmios fracionados, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio, sejam da apólice ou de endossos, serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 20.4.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 20.4.7. Decorridos os prazos referidos nos itens anteriores sem que tenha sido quitada a ficha de compensação bancária ou documento com efeito similar de cobrança, o contrato ou aditivo a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, mesmo na hipótese de seguro contributivo.

- 20.5. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 20.5.1. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

CLÁUSULA 21 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 21.1. Se o pagamento do prêmio não for efetivado até a data estabelecida, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da referida data e, no caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
- 21.2. No caso do pagamento do prêmio em atraso, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, desde que realizado dentro de prazo não superior a 60 (sessenta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago. Não serão cobrados prêmios referentes ao período de suspensão, em que não houve cobertura.
- 21.3. Decorridos 60 dias da data de vencimento sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.

CLÁUSULA 22 - PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos estabelecidos na legislação em vigor, opera-se a prescrição.

CLÁUSULA 23 - PRAZO DE VIGÊNCIA, ACEITAÇÃO E NORMAS DE RENOVAÇÃO

- 23.1. A apólice emitida em nome do Estipulante vigorará pelo prazo indicado na mesma e terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas dos dias indicados para tal fim, sendo renovada automaticamente uma única vez, pelo mesmo prazo, ao fim do período de vigência, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.
- Adicionalmente, deverão ser obedecidos os seguintes critérios:
- 23.1.1. A contratação ou alteração do contrato de seguro só poderá ser feita mediante proposta preenchida, datada e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.
- 23.1.2. A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro. Na proposta de adesão deverão ser estabelecidos os valores dos capitais segurados e do prêmio à vista, discriminados por cobertura e, quando for o caso, do prêmio total fracionado, de cada uma das parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuada, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos. A Seguradora deverá ter a comprovação da data de protocolo da proposta de cada proponente.
- 23.1.3. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais à análise do risco, estando a aceitação do seguro sujeita à referida análise.

- 23.1.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 23.1.5. **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.**
- 23.1.6. Se a seguradora não tiver interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 23.1.7. Renovações posteriores à renovação automática deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 23.1.8. A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da proposta, em caso de seguro novo, renovações não automáticas, endossos ou aditivos, contados da data de seu recebimento.
- 23.1.9. Poderão ser solicitados documentos complementares para análise do risco ou alteração da proposta, durante o prazo previsto (15 dias), mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 23.1.10. Até a data de aceitação por parte da Seguradora, não haverá cobertura para as propostas protocoladas.
- 23.1.11. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da proposta, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro.
- 23.1.12. Em caso de aceitação da proposta, observado o prazo máximo de 15 (quinze) dias, considerar-se-á, como início de vigência, a data indicada na proposta, ou, na falta desta, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 23.1.13. Caso a aceitação da proposta dependa da contratação da cobertura de resseguro facultativo, o prazo previsto no subitem 23.1.8 fica suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Ainda, dentro daquele prazo, a Seguradora informará, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura. Não haverá cobrança de prêmio, total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.
- 23.2. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão.
- 23.2.1. Após o recebimento da Proposta de Adesão e demais documentos necessários discriminados na mesma, o seguro individual deverá ser aceito ou recusado no máximo em 15 (quinze) dias contados do recebimento da documentação pela Seguradora.
- 23.2.2. Ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da Proposta de Adesão, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro individual.
- 23.2.3. Se os fatos ou circunstâncias, constantes da Proposta de Adesão e de seus anexos, determinarem o agravamento ou dúvidas quanto à aceitação ou recusa do risco, a Seguradora deverá, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, solicitar, por escrito e apenas uma vez, ao Segurado, ao Estipulante ou ao seu Representante Legal, exames ou informações adicionais necessários à avaliação do risco, comunicando a inexistência de cobertura até que nova análise possa ser iniciada.

- 23.2.4. Para fins de análise e aceitação de seguro individual, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado ou ao Estipulante, informações quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
- 23.2.5. A partir do recebimento das informações solicitadas no subitem 23.2.3., será reiniciada a contagem dos 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da Proposta de Adesão, nos termos dos subitens anteriores.
- 23.2.6. Se a venda for via telemarketing, a cobertura será aceita ou recusada no máximo em 15 dias da data da solicitação de adesão ao seguro.
- 23.2.7. As contratações eletrônicas poderão ser assinadas digitalmente desde que sejam utilizados certificados digitais emitidos no âmbito da Infra-estrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil) e sejam identificadas com a data e hora de envio e recebimento.
- 23.2.8. Caberá ao Estipulante ou à Seguradora, fornecer ao proponente o protocolo que identifique a proposta de adesão recepcionada.
- 23.3. O término de vigência de cada seguro individual será determinado nas demais condições da apólice, respeitando-se os seguintes critérios:
- 23.3.1. A vigência de cada Proposta de Adesão individual poderá ser mensal, mantendo-se com renovação automática dentro da apólice vigente enquanto houver a quitação do respectivo prêmio mensal.
- 23.3.2. Para vigências individuais diferentes da descrita no subitem 23.3.1. acima e respeitado o período correspondente ao prêmio pago, o término de vigência da cobertura de cada segurado ocorrerá:
- No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ou no final do prazo de vigência da cobertura individual, se ocorrer antes do final da apólice e não for renovada na própria apólice;
 - Com o falecimento do Segurado principal;
 - Com o desaparecimento do vínculo com o Estipulante;
 - Quando a Seguradora recusar a manutenção de um segurado após recebimento de informações sobre a agravação do risco, nos termos do subitem 17.1.3. da CLÁUSULA 17 - CANCELAMENTO E RESCISÃO;
 - Quando o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice;
 - Quando o Segurado for excluído da apólice por falta de pagamento do prêmio. Caso haja diferença de prêmio a devolver para as situações descritas nas alíneas b), c), e e) anteriores, esta será restituída ao Segurado, atualizada monetariamente, na base pro-rata dia, nos termos da CLÁUSULA 8ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.
- 23.4. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora para pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos.

CLÁUSULA 24 - BENEFICIÁRIOS

Salvo se as Condições Especiais ou o Contrato deste seguro dispuserem de outro modo, a designação de Beneficiários da Apólice rege-se pelas seguintes condições:

24.1. No caso de Morte do Segurado:

- 24.1.1. Os beneficiários do seguro para a cobertura de Morte serão designados livremente pelo Segurado, na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;

- 24.1.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 24.1.3. Não pode ser instituído Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.
- 24.1.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o pagamento da indenização devida por força do presente seguro, será feito conforme a Tabela de Beneficiários abaixo, que supre, neste ato, a designação nominativa de beneficiários, em obediência ao disposto no artigo 792 do Código Civil, valendo contra qualquer outra disposição legal:

SITUAÇÃO	BENEFICIÁRIO(S)
<i>Casado sem filhos</i>	<i>Cônjuge</i>
<i>Casado com filhos</i>	<i>50% ao cônjuge e 50% aos filhos</i>
<i>Solteiro(a) sem companheira(o) e sem filhos</i>	<i>Pais e na falta aos avós</i>
<i>Solteiro(a) com companheira(o) e sem filhos</i>	<i>à(o) companheira(o) reconhecido por lei</i>
<i>Solteiro(a) sem companheira(o) e com filhos</i>	<i>ao(s) filho(s)</i>
<i>Solteiro(a) com companheira(o) e com filhos</i>	<i>50% à(o) companheira(o) legalmente admitido e 50% aos filhos</i>
<i>Separado(a) Judicialmente ou Divorciado (a)</i>	<i>ao(s) filho(s) e, na falta desses, aos pais</i>

- 24.1.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 24.1.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.
- 24.1.7. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 24.2. Os beneficiários das demais coberturas contratadas, se houver, serão estabelecidos nas respectivas condições.

CLÁUSULA 25 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 25.1. Além das previstas em outras cláusulas das condições contratuais deste seguro, são obrigações do Estipulante:
- 25.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais dos proponentes, nos prazos acordados.
- 25.1.2. Manter a Seguradora informada, durante toda a vigência do seguro, a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.
- 25.1.3. Fornecer, ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

- 25.1.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida no subitem 20.5. da CLÁUSULA 20 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO, quando a arrecadação deste for de sua responsabilidade.
 - 25.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.
 - 25.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - 25.1.7. Informar a razão social da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações entregues ao Segurado e em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu, bem como o número do Processo SUSEP deste plano e o nome e percentual de participação no risco de cada Seguradora, no caso de co-seguro.
 - 25.1.8. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
 - 25.1.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
 - 25.1.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.
 - 25.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
 - 25.1.12. Nos seguros contributários, na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.
- 25.2. Nos seguros contributários, é expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante:
- 25.2.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.
 - 25.2.2. Rescindir o contrato sem a anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
 - 25.2.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.
 - 25.2.4. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos;
- 25.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão da cobertura e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos prêmios recolhidos junto aos segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais.

CLÁUSULA 26 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda utilizadas por quaisquer das partes deste contrato, deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições deste plano de seguro.

CLÁUSULA 27 - FORO

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato de seguro. Na hipótese de inexistir relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de Foro diferente do domicílio do Segurado.

CLÁUSULA 28 – DISPOSIÇÕES FINAIS

- 28.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 28.2. 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.