



Seguro Acidentes Pessoais

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro Acidentes Pessoais

Condições Gerais

Versão V01_052019

PROCESSO SUSEP Nº 15414.901986.2019-61
CNPJ: 87.376.109/0001-06

ÍNDICE

Estas condições aplicam-se a todas as coberturas contratadas pelo estipulante, subestipulante e/ou segurado, dentro da apólice, com exceção dos pontos em que forem expressamente modificadas pelo contrato.

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

O estipulante, subestipulante e/ou segurado poderão 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. Recomendamos a leitura atenta deste manual, especialmente no que se refere a RISCOS EXCLUÍDOS do seguro.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o recebimento do capital segurado, de acordo com as coberturas contratadas, ao segurado, ou a seu beneficiário, caso ocorra um dos eventos cobertos, **observados os riscos excluídos e as demais condições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e 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 tentativa de suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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 sequestros e tentativas de sequestros, e
- a.5.** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b. excluem-se desse conceito:

- b.1.** as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto.
- b.2.** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- b.3.** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, 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 em acidente pessoal.

Aditivo: é o documento expedido pela seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições contratuais do seguro. Uma vez anexado às condições do seguro, o aditivo prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Agravação de Risco: são circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora, independente ou não da vontade do segurado e, desta forma, indicam um aumento de taxa ou alteração das condições normais de seguro.

Apólice de Seguro: é o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada pelo estipulante do seguro.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o segurado é obrigado a fazer à seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado contratado, na hipótese de ocorrência de um evento com regular cobertura.

C

Capital Segurado: é o valor máximo, definido a cada cobertura contratada, a ser pago ao segurado ou beneficiário, na ocorrência de um evento coberto.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito ao recebimento da indenização, sem prejuízo do pagamento dos prêmios. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Certificado Individual de Seguro: é o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente pessoa física, da renovação do seu seguro, ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Este documento contém informações do seguro: coberturas contratadas, capitais segurados, prêmios, vigência, beneficiário etc.

Cobertura do Seguro: são as garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela seguradora, definidas nestas condições gerais e nas suas condições especiais. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente das condições contratuais, da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice de seguro, e do certificado individual de seguro.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, renovação, ou alterações do seguro, incluindo as constantes, das condições gerais, das condições especiais, do contrato, da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice de seguro e do certificado individual de seguro.

Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas pelo estipulante.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem o seguro e que contém: direitos e obrigações da seguradora, do estipulante, dos segurados e dos beneficiários.

Contrato de Seguro: é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as particularidades do seguro contratado.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Susep (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/2164 e no Decreto-lei nº 73/2166. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Susep (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

D

Data do evento: é a data da ocorrência do evento/risco coberto.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: é o documento integrante da proposta de adesão, contendo informações prestadas por escrito pelo proponente pessoa física e que diz respeito às suas condições de saúde atuais e pregressas, bem como sua principal ocupação e/ou atividade profissional, que serão consideradas pela seguradora na avaliação da aceitação do seguro.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e de seu conhecimento, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente do seu estado de saúde, e não declaradas na proposta de adesão.

E

Estipulante/Subestipulante: é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo à seguradora, ficando investida de poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas condições do seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à seguradora em favor do segurado ou de seus beneficiários.

Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado técnico de uma apólice de seguro, em determinado período.

F

Franquia: é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o segurado as suas consequências.

G

Grupo Segurado: é a totalidade dos componentes do grupo segurável que foi efetivamente aceito e incluído no seguro, nos termos destas condições.

Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos para adesão ao seguro.

I

Indenização: é o valor devido pela seguradora ao segurado, beneficiário, ou representante quando da ocorrência de um evento coberto. A indenização está limitada ao capital segurado contratado para cada uma das coberturas.

Índice de Adesão: é a relação entre o número de segurados e o total de componentes do grupo segurável.

M

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.**

P

Prêmio do Seguro: é o valor a ser pago à seguradora para custeio do seguro, em contraprestação às coberturas contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer um determinado direito de ação para reclamar direitos e obrigações, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente Pessoa Física: é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação do seguro pela seguradora.

Proponente Pessoa Jurídica: é a pessoa jurídica cuja contratação do seguro é solicitada, e que passará à condição de estipulante somente após a sua aceitação do seguro pela seguradora.

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 coletiva, relativa às coberturas previstas no seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo.

Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, por meio do qual o estipulante manifesta sua vontade de contratar o seguro coletivo em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas condições gerais e demais disposições contratuais.

Pró Rata Temporis: no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.

Prótese: é a substituição de um órgão ou membro natural (ou parte deles) por um correspondente artificial.

R

Regulação de Sinistro: é o processo interno da seguradora para constatação de um evento coberto pela apólice de seguro.

Renovação: é o restabelecimento ou a continuidade da cobertura de um seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice de seguro, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições; neste último caso, sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Repartição Simples: é o regime financeiro, no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios de seguros pagos pelos segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das indenizações relativas aos sinistros esperados, é o chamado "regime de caixa". Não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

Risco Coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, o qual será assumido pela seguradora mediante o pagamento do prêmio de seguro por parte do segurado, e desde que previsto nas condições do seguro.

Risco Excluído: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pela apólice de seguro.

S

Segurado Titular: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, depois que a proposta de adesão for regularmente aceita pela seguradora.

Segurado Dependente: é o(a) cônjuge, o(a) companheiro(a), os filhos ou enteados, os menores considerados dependentes econômicos, pais, sogros, ou irmãos do segurado titular que tenham sido incluídos no seguro, com sua prévia autorização.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal e que garante os riscos especificados no contrato de seguro aqui, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. - CNPJ: 87.376.109/0001-06 e Registro Susep nº 0507-0.

Sinistro: é a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro, que gera ao segurado ou ao beneficiário o direito ao recebimento do capital segurado contratado, desde que atendidas as demais disposições das condições gerais, das condições especiais, e das demais condições contratuais.

Susep: é a Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

V

Vigência: é o prazo de duração do seguro contratado e das coberturas contratadas.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas deste seguro mencionadas abaixo poderão ser contratadas isoladamente, desde que, contratada a cobertura básica, e respeitadas as demais conjugações disponibilizadas pela seguradora.

3.1.1. Cobertura Básica

Morte Acidental – MA

3.2. A definição de cada uma das coberturas acima, seus respectivos objetivos, riscos cobertos, riscos excluídos, capital segurado e demais disposições estão determinados nas condições especiais correspondentes às respectivas coberturas.

3.3. As coberturas contratadas pelo estipulante constarão das condições contratuais do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, e, portanto, a seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente.
- b) 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, atos terroristas, ou outras pertur-

bações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se consequente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem.

- c) Inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos.
- d) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão público competente.
- e) Lesões, acidentes, sequelas ou doenças preexistentes anteriores à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de seu conhecimento.
- f) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios, controladores, dirigentes e administradores, e pelos respectivos representantes.
- g) Suicídio ou tentativa de suicídio, se ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro ou de sua alteração.
- h) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada, ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ionizantes.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

- 5.1. O âmbito geográfico das coberturas será determinado nas suas condições especiais.
- 5.2. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para regulação e liquidação do sinistro.
- 5.3. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

6. CARÊNCIA DO SEGURO

- 6.1. Haverá carência apenas para os casos de suicídio ou tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos, contados, ininterruptamente, da data de início de vigência do seguro individual, ou na data de sua recondução depois de suspenso, conforme disposições do Código Civil ou, ainda, na data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

7. FRANQUIA DO SEGURO

- 7.1. Poderão ser aplicadas franquias nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais e no contrato de seguro.

8. VIGÊNCIA DO SEGURO

8.1. Vigência do Seguro Coletivo (Apólice de Seguro)

- 8.1.1. A vigência do seguro coletivo (apólice de seguro) poderá ser por prazo curto, anual ou plurianual, sendo este período definido na proposta de contratação, no contrato de seguro e nas demais condições contratuais.

8.1.2. O início e término de vigência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida, respectivamente, na proposta de contratação, no contrato, na apólice de seguro, e nos endossos (se houver).

8.1.3. Para a proposta de contratação que tenha sido recepcionada, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta de contratação ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.1.4. Para a proposta de contratação que tenha sido recepcionada, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta de contratação pela seguradora.

8.1.5. Será facultado ao proponente pessoa jurídica o direito de arrependimento da contratação do seguro no prazo de 7 (sete) dias a contar do início de vigência da contratação deste seguro.

8.2. Vigência do Seguro Individual (Certificado de Seguro)

8.2.1. A vigência do seguro individual (certificado individual de seguro) terá início e término a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida, respectivamente, na proposta de adesão e no certificado individual de seguros.

8.2.2. Para a proposta de adesão que tenha sido recepcionada, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2.3. Para a proposta de adesão que tenha sido recepcionada, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8.2.4. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice de seguro, e desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do seguro individual previsto nestas condições gerais.

9. ADESÃO AO SEGURO

9.1. A adesão do proponente pessoa física ao seguro poderá ser de forma:

a. Automática: quando o seguro abranger todos os componentes do grupo segurável.

b. Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável, que tenham facultativamente aderido ao seguro.

9.2. Independente do critério de aceitação acima, a inclusão de proponente pessoa física neste seguro se dará pelo preenchimento, assinatura e entrega à seguradora, da proposta de adesão.

10. ÍNDICE DE ADESÃO E MANUTENÇÃO

10.1. O índice de adesão para implantação e manutenção da apólice de seguro será fixado em cada caso por meio da proposta de contratação e constará da apólice de seguro.

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela seguradora.

11.2. A contratação ou alteração da apólice de seguro se dará mediante apresentação da proposta de contratação e/ou aditivo à apólice, preenchida e assinada pelo proponente pessoa jurídica, seu representante legal ou por corretor

de seguros habilitado, após o conhecimento prévio da íntegra das condições gerais e contratuais do seguro, devendo a proposta de contratação ser entregue sob protocolo à seguradora.

11.3. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de proposta de adesão assinada pelo proponente pessoa física, seu representante ou por corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.

11.4. O pagamento antecipado do prêmio de seguro de forma total ou parcial não caracteriza a aceitação da proposta.

11.5. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. Caso a seguradora não se pronuncie neste prazo, a proposta será considerada aceita e o seguro será emitido.

11.6. Para análise da proposta, a seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

11.6.1. Caso a seguradora exija documentos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 11.6, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 11.5 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela seguradora dos documentos complementares solicitados.

11.7. A não aceitação da proposta, por parte da seguradora, será comunicada por escrito ao proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio de seguro eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da recusa, atualizados da data do efetivo pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no **item 19.2.1**, conforme legislação vigente.

11.7.1. Durante o período compreendido entre a data da recepção do prêmio de seguro pago antecipadamente pelo proponente, até a data da formalização da recusa da proposta, haverá cobertura do risco pela seguradora.

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

11.8.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de 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.

11.9. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio de seguro, calculado proporcionalmente ao período a decorrer.

Para cada Segurado incluído no seguro, será enviado obrigatoriamente por parte da seguradora um Certificado Individual de Seguro, que conterá os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início do seguro do segurado titular e do(s) dependente(s);**
- b) Capital(is) segurado(s) de cada cobertura, relativo(s) ao segurado titular e dependente(s), além do prêmio total.**

Ocorrerá a emissão de um novo Certificado de Seguro a cada renovação ou quando houver modificações nas suas informações.

12. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

12.1. O beneficiário do seguro será determinado em cada uma das coberturas especificadas nas condições especiais deste seguro.

12.2. A pessoa jurídica poderá ser beneficiária do segurado, se comprovar o legítimo interesse para figurar nessa condição.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido pelo estipulante e constará na apólice de seguro e nos respectivos certificados individuais do seguro.

13.2. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitando as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.

13.3. Poderá ser efetuado o aumento ou redução dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado vigente.

13.4. Se aceito pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão e a declaração pessoal de saúde e atividades, iniciando nova carência de 2 (dois) anos para o valor do aumento.

13.5. Para os segurados que se encontrarem afastados, o critério de reajuste do capital segurado será estabelecido na proposta de contratação e no contrato de seguro.

13.6. O estipulante fica ciente de que, para o aumento do capital segurado, o segurado deverá respeitar as condições de aceitação estabelecidas na proposta de contratação e no contrato de seguro.

13.7. Quanto à modalidade do capital segurado a ser contratado pelo estipulante, este poderá ser:

- a) Uniforme:** quando o capital segurado individual é igual para todos os segurados e tem seu valor fixado pelo estipulante na proposta de contratação do seguro.
- b) Múltiplo Salarial:** quando o capital segurado individual é determinado aplicando-se o múltiplo fixado pelo estipulante ao respectivo salário nominal ou provento mensal.
- c) Escalonado:** quando o capital segurado individual é determinado por escalas, pelo estipulante, em função de fatores objetivos, por exemplo, a estrutura de cargos e salários da empresa, e
- d) Livre Escolha:** quando o capital segurado individual é determinado por livre escolha do estipulante ou do segurado na adesão ao seguro.

13.8. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos para cada cobertura contratada vigente na data do evento.

13.8.1. A data do evento será determinada em cada uma das coberturas, especificada nas condições especiais do seguro.

13.9. Todos os valores de capital segurado serão expressos em moeda corrente nacional.

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1. O custeio do seguro será determinado pelo estipulante quando da contratação do seguro e constará da proposta de contratação e do contrato de seguro.

14.2. Quanto à modalidade de custeio de seguro, este poderá ser:

- a) Contributário:** aquele em que o segurado participa total ou parcialmente do pagamento do prêmio do seguro.
- b) Não contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio do seguro.

14.3. Seja qual for a modalidade de custeio do seguro, o estipulante sempre será responsável pelo recolhimento do prêmio de seguro, e pelo pagamento junto à seguradora.

15. TAXA DO SEGURO

15.1. A taxa deste seguro será determinada de acordo com cada uma das coberturas contratadas, e constará da proposta de contratação e da apólice de seguro.

15.2. A seguradora poderá anualmente, no aniversário da apólice de seguro, ou com outra periodicidade a ser definida entre estipulante e seguradora, recalcular a taxa de seguro e alterar o prêmio de seguro se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, se o volume de sinistros avisados superar o volume de prêmios arrecadados.

15.2.1. A alteração de taxa do seguro deverá ser submetida à anuência prévia e expressa do estipulante e de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado, caso implique em ônus ou perda de direito aos segurados.

16. PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1. O prêmio do seguro poderá ser pago através de débito em conta corrente, boleto de cobrança ou outra forma de pagamento e constará da proposta de contratação e da apólice de seguro.

16.2. Quanto à periodicidade de pagamento do prêmio do seguro, este poderá ser pago: à vista, mensal, ou em outra periodicidade conforme acordado entre estipulante e seguradora.

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

16.3.1. Deverá ser garantida ao estipulante e ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados (se houver).

16.3.2. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

16.3.3. A seguradora deverá informar ao estipulante e ao segurado, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

16.3.4. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência, a seguradora poderá cancelar o seguro ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio de seguro pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

16.3.5. O disposto no **item 16.3** e seus subitens não se aplica aos planos cuja periodicidade de pagamento do prêmio de seguro seja mensal.

16.4. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser efetuado no primeiro dia subsequente em que haja expediente bancário.

16.5. Se o estipulante não tiver recebido o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a seguradora, seu Corretor de Seguros ou representante legal e solicitar a emissão da 2ª (segunda via).

16.6. É vedado ao estipulante recolher do segurado, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela seguradora. Caso o estipulante receba 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.

16.7. Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

16.8. Nos seguros contributários, desde que tenha sido recebido pelo estipulante os prêmios individuais, ainda que, este não tenha sido repassado para a seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento da indeniza-

ção aos segurados que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice de seguro, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do estipulante.

16.9. Este seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmio de seguro ao segurado, beneficiário ou estipulante.

17. INADIMPLÊNCIA E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

17.1. O não pagamento do prêmio de seguro (anual) ou da 1ª (primeira) parcela do pagamento mensal ou de outra periodicidade, até a data de seu vencimento caracteriza a não efetivação do contrato de seguro, e consequentemente o seu cancelamento.

17.2. Em caso de atraso no pagamento das parcelas posteriores à primeira, iniciará a contagem de prazo de tolerância de 90 (noventa) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela inadimplente.

17.2.1. A seguradora enviará notificação ao estipulante, com antecedência mínima de 10 (dez) dias do prazo indicado no **item 17.2**, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

17.3. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado contratado para o evento coberto, condicionado ao pagamento da(s) parcela(s) do prêmio de seguro devida(s).

17.4. O seguro ficará de pleno direito cancelado, após o término do prazo concedido para regularização da inadimplência e não poderá mais ser reestabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo com o seguro cancelado.

17.5. Na contratação de seguros custeados total ou parcialmente pelos segurados, fica ajustado entre as partes que é de responsabilidade do estipulante a cobrança dos referidos prêmios, bem como da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela seguradora.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A apólice de seguro será cancelada nas seguintes situações:

- a) Não renovação no final de vigência, respeitado o período correspondente ao prêmio de seguro pago.
- b) A qualquer tempo, por acordo entre o estipulante e a seguradora, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.
- c) Descumprimento de qualquer dispositivo destas condições gerais, das especiais e do contrato de seguro, inclusive no tocante ao atraso no pagamento de prêmio de seguro.
- d) Dolo, culpa ou prática de fraude por parte do estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.
- e) Quando o estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

18.2. O seguro individual será cancelado nas seguintes situações e havendo a contratação de uma das coberturas abaixo:

- a) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado titular e o estipulante, e desde que o estipulante não permita sua permanência no seguro.
- b) Com o pagamento da indenização das seguintes coberturas: Invalidez Permanente Total por Acidente.
- c) Morte Acidental do segurado titular.
- d) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas neste seguro.
- e) Se o segurado agir de má-fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação, ou no conhecimento exato e caracterização do risco.
- f) Se o segurado, o beneficiário ou o representante legal agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometerem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação.

18.3. O cancelamento do seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas 'e' e 'f', implicará na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio de seguro e indenização.

18.4. Além das hipóteses previstas no item 18.2 o seguro do segurado dependente será cancelado:

- a) Com a inclusão do segurado dependente no seguro na condição de segurado titular.
- b) No caso da cessação da condição de dependente, desde que previamente comunicado à seguradora, pelo segurado titular.
- c) Quando houver expressa solicitação de cancelamento do seguro do segurado dependente pelo segurado titular.
- d) Se for cancelada a respectiva cobertura suplementar do segurado dependente.

18.5. Na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo.

TABELA DE PRAZO CURTO					
PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA
0,82%	2,60%	34,52%	52,40%	68,22%	81,80%
1,64%	5,20%	35,34%	53,60%	69,04%	82,40%
2,47%	7,80%	36,16%	54,80%	69,86%	83,00%
3,29%	10,40%	36,99%	56,00%	70,68%	83,40%
4,11%	13,00%	37,81%	56,80%	71,51%	83,80%
4,93%	14,40%	38,63%	57,60%	72,33%	84,20%
5,75%	15,80%	39,45%	58,40%	73,15%	84,60%
6,58%	17,20%	40,27%	59,20%	73,97%	85,00%
7,40%	18,60%	41,10%	60,00%	74,79%	85,60%
8,22%	20,00%	41,92%	61,20%	75,62%	86,20%

TABELA DE PRAZO CURTO					
PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA
9,04%	21,40%	42,74%	62,40%	76,44%	86,80%
9,86%	22,80%	43,56%	63,60%	77,26%	87,40%
10,68%	24,20%	44,38%	64,80%	78,08%	88,00%
11,51%	25,60%	45,21%	66,00%	78,90%	88,40%
12,33%	27,00%	46,03%	66,80%	79,73%	88,80%
13,15%	27,60%	46,85%	67,60%	80,55%	89,20%
13,97%	28,20%	47,67%	68,40%	81,37%	89,60%
14,79%	28,80%	48,49%	69,20%	82,19%	90,00%
15,62%	29,40%	49,32%	70,00%	83,01%	90,60%
16,44%	30,00%	50,14%	70,60%	83,84%	91,20%
17,26%	31,40%	50,96%	71,20%	84,66%	91,80%
18,08%	32,80%	51,78%	71,80%	85,48%	92,40%
18,90%	34,20%	52,60%	72,40%	86,30%	93,00%
19,73%	35,60%	53,42%	73,00%	87,12%	93,40%
20,55%	37,00%	54,25%	73,40%	87,95%	93,80%
21,37%	37,60%	55,07%	73,80%	88,77%	94,20%
22,19%	38,20%	55,89%	74,20%	89,59%	94,60%
23,01%	38,80%	56,71%	74,60%	90,41%	95,00%
23,84%	39,40%	57,53%	75,00%	91,23%	95,60%
24,66%	40,00%	58,36%	75,60%	92,05%	96,20%
25,48%	41,20%	59,18%	76,20%	92,88%	96,80%
26,30%	42,40%	60,00%	76,80%	93,70%	97,40%
27,12%	43,60%	60,82%	77,40%	94,52%	98,00%
27,95%	44,80%	61,64%	78,00%	95,34%	98,30%
28,77%	46,00%	62,47%	78,40%	96,16%	98,60%
29,59%	46,80%	63,29%	78,80%	96,99%	98,90%
30,41%	47,60%	64,11%	79,20%	97,81%	99,20%
31,23%	48,40%	64,93%	79,60%	98,63%	99,50%
32,05%	49,20%	65,75%	80,00%	99,45%	99,80%
32,88%	50,00%	66,58%	80,60%	100,00%	100,00%
33,70%	51,20%	67,40%	81,20%		

Nota: Para prazos não previstos na tabela de prazo curto deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente maior.

19. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

19.1. Atualização do Capital Segurado e do Prêmio do Seguro

19.1.1. Para as modalidades de capital segurado uniforme, escalonado e livre escolha, os capitais segurados e seus correspondentes prêmios de seguro serão atualizados anualmente e monetariamente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

19.1.1.1. A atualização monetária dos capitais segurados e seus correspondentes prêmios de seguro serão efetuados com base na variação acumulada dos últimos doze meses, na forma da publicação procedida 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do risco individual.

19.1.2. Para as modalidades de capital segurado (uniforme, escalonado e livre escolha), haverá atualização monetária dos capitais segurados e prêmios de seguro, conforme **item 19.1.1** e **subitem 19.1.1.1**.

19.1.3. Para a modalidade de capital segurado (múltiplo salarial), haverá atualização pela variação do salário ou provento, ou segundo outros fatores objetivos acordados no contrato de seguro. Para o limite máximo de indenização estabelecido na apólice de seguro, poderá haver atualização monetária, conforme **item 19.1.1** e **subitem 19.1.1.1**, desde que acordado previamente entre estipulante e seguradora.

19.2. Atualização das Obrigações Pecuniárias

19.2.1. As obrigações pecuniárias do seguro, listadas no **item 21**, sujeitam-se à atualização monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

19.2.2. A atualização monetária das obrigações pecuniárias será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

19.2.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela seguradora.

19.2.4. No caso de cancelamento do contrato por iniciativa da seguradora, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da data do efetivo cancelamento.

19.2.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 21** e **subitem 21.2.1**, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento.

19.3. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez com os demais valores convencionados no contrato.

19.4. No caso de extinção do índice estabelecido nessas condições gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE – Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo.

20. JUROS DE MORA

20.1. O não cumprimento das obrigações pela seguradora, pelo estipulante ou pelo segurado, sujeitar-lhes-ão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista no **item 19**.

20.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas condições gerais.

20.3. O pagamento de valores relativos aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez com os demais valores do contrato.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

21.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

21.1.1. Em caso de ocorrência de sinistro que possa vir a ser indenizável por este seguro, deverá o estipulante, o segurado, seu(s) beneficiário(s), ou quem suas vezes fizer sob pena de perder o direito à indenização:

21.1.1.1. Comunicar o sinistro imediatamente à seguradora pelos seguintes meios: eletrônico, ou central de atendimento, ou outro canal disponibilizado pela seguradora.

21.1.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às Autoridades Competentes, observada a relação de documentos constante destas condições gerais e das condições especiais.

21.1.1.3. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

21.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.2.1. O prazo máximo para **pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias**, contados da data em que a seguradora receber todos os documentos necessários para a comprovação do evento coberto, de acordo com a relação de documentos constante no **item 21.3.1.1**, destas condições gerais e dos documentos constantes das condições especiais de cada cobertura contratada.

21.2.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a seguradora poderá solicitar outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, **o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso**, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele do recebimento pela seguradora dos documentos, informações ou esclarecimentos complementares.

21.2.3. A forma de pagamento das indenizações é aquela estabelecida nas condições especiais de cada cobertura.

21.2.4. O não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 21.2.1** implicará na aplicação de juros de mora, de acordo com o **item 20.1**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com o **item 19.2**, destas condições gerais.

21.2.5. Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data do pagamento da respectiva indenização.

21.3. DOCUMENTOS PARA SINISTRO

21.3.1. O estipulante, o segurado, seu(s) beneficiário(s), ou representante legal deverá apresentar à seguradora os documentos descritos a seguir; além dos documentos abaixo, deverá encaminhar aqueles que constam das condições especiais de cada cobertura contratada. Estes documentos são necessários para comprovar a ocorrência do evento coberto, e serão utilizados no processo de regulação e indenização do processo de sinistro.

21.3.1.1. DOCUMENTOS COMUNS A TODOS OS EVENTOS/SINISTROS

Para todos os eventos

Aviso de Sinistro preenchido na íntegra e assinado (formulário fornecido pela seguradora).

Autorização para crédito em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora).

Para segurado titular

Cédula de Identidade e CPF (cópia simples).

Comprovante de endereço (cópia simples).

Para segurado dependente

Cédula de Identidade e CPF do segurado titular (cópia simples).

Cédula de Identidade e CPF do segurado dependente (cópia simples).

Comprovante de endereço (cópia simples).

Certidão de Casamento atualizada pós-óbito (cópia simples) ou Declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas (se vivia com alguém).

Para segurado dependente (filhos e enteados)

Cédula de Identidade e CPF do segurado titular (cópia simples).

Cédula de Identidade e CPF do segurado dependente (filhos) (se houver - cópia simples) ou Certidão de Nascimento (cópia simples).

Comprovante de endereço (cópia simples).

Para segurado dependente (pais e sogros)

Cédula de Identidade e CPF do segurado titular (cópia simples).

Cédula de Identidade e CPF do segurado dependente (se houver - cópia simples).

Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento do segurado titular comprovando o vínculo de dependência (cópia simples).

Comprovante de endereço (cópia simples).

Para o(s) beneficiário(s)

Cédula de Identidade e CPF (cópia simples).

Comprovante de endereço (cópia simples).

Declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (original com firma reconhecida dos declarantes).

21.3.2. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do estipulante, do segurado, seu beneficiário ou representante legal, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

21.3.3. Os atos ou providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

21.4. JUNTA MÉDICA

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

21.4.2. A junta médica 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, pela seguradora e pelo segurado.

21.4.3. 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.

21.4.4. A seguradora não aceitará como Médico Assistente o próprio segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

21.5. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.5.1. A seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos das condições gerais, das condições especiais e do contrato de seguro.

21.5.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

21.5.3. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, 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.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

22.2. Se o estipulante, o segurado, seu(s) beneficiário(s), seu representante legal, ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

22.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

22.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido.
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível ou restringir a cobertura contratada.

22.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido.
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir esta diferença do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros.

22.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização e deduzir do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nestas condições gerais e nas condições especiais.

23.2. Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

23.3. Informar mensalmente à seguradora a relação individual dos segurados elegíveis ao seguro e seus respectivos Capitais Segurados.

23.4. Efetivar o pagamento dos prêmios à seguradora, nos prazos determinados como data de vencimento.

23.5. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice de seguro.

23.6. Discriminar a razão social da seguradora, nos documentos e comunicações referentes aos seguros, objeto deste contrato.

23.7. Avisar a seguradora, tão logo tenha conhecimento da ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro.

23.8. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

23.9. Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

23.10. É expressamente vedado ao estipulante:

23.10.1. Cobrar, dos segurados, quaisquer valores adicionais ao seguro.

23.10.2. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

23.10.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.

23.10.4. Vincular a contratação deste seguro a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do estipulante, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice de seguro e suas normas. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

24.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitados os compromissos firmados com os segurados com contratos anteriores às alterações.

25.2. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados - Susep não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

25.3. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

25.4. As condições contratuais/O regulamento deste produto encontram-se registrados na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice de seguro/proposta e poderão ser consultados no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

25.5. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas condições gerais.

25.6. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios ou capital segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

26. PRESCRIÇÃO

26.1. O direito do estipulante, segurado, ou beneficiário em pleitear indenização junto à seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do Código Civil.

27. FORO

27.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre as partes, será sempre o foro de domicílio do estipulante, segurado, beneficiário e a seguradora, conforme o caso.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

28. COBERTURA BÁSICA

28.1. COBERTURA MORTE ACIDENTAL - MA

28.1.1. OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao beneficiário, o recebimento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte acidental do segurado, observados os riscos excluídos e as demais condições contratuais.

28.1.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura os riscos abaixo, além dos definidos no **item 4. Riscos Excluídos** das condições gerais do seguro:

- a) Acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências.
- b) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores.
- c) 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 ferimentos visíveis.
- d) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos.
- e) 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 Esforço Repetitivo - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- f) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como das intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- g) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceituando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.
- h) Prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título.

28.1.3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

28.1.4. CARÊNCIA

Não há prazo de carência para esta cobertura.

28.1.5. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será definido na forma estabelecida nas condições contratuais do seguro. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento do segurado.

28.1.6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

O segurado poderá, a qualquer momento, indicar o beneficiário do seguro, ressalvadas as restrições legais. Caso não haja indicação do beneficiário pelo segurado no ato da contratação do seguro, ou a qualquer tempo, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor na data do evento. Na cobertura do segurado dependente, quando contratada, o beneficiário do seguro é o segurado titular.

28.1.7. DOCUMENTOS PARA SINISTRO

Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita no **item 21.3**, das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

Para o evento de Morte Acidental

Atestado ou Certidão de Óbito.

Carteira Nacional de Habilitação do segurado (em caso de acidente com veículo).

Comunicado de Acidente de Trabalho para o caso de acidente na empresa (se houver).

Laudo Cadavérico do Instituto Médico Legal.

Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver).

Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico.

Além destes documentos, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

28.1.8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.