

1. CONCEITOS

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se "acidente pessoal" o 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 a Invalidez Permanente Total ou Parcial, do segurado ou torne necessário tratamento médico.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- seqüestros e tentativas de seqüestros, dos quais o segurado seja a vítima;
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por Esforços Repetitivos - LER, lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão pro Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1.

1.2 Apólice

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

1.3 Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização em caso de morte do segurado.

1.4 Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5 Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6 Certificado Individual

É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente,

da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

1.7 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de uma mesma apólice de seguro.

1.8 Condições Particulares

São as condições que particularizam o contrato, indicando características únicas para cada grupo segurado, bem como seus aspectos operacionais.

1.9 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

1.10 Corretor de Seguro

É o profissional, escolhido diretamente pelo segurado, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros remunerados, mediante comissões estabelecidas na tarifas.

1.11 Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências
São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.12 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a Sociedade Seguradora.

1.13 Evento Coberto

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

1.14 Garantias

São as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.15 Grupo Segurado

É o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

1.16 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas que possuem vínculo devidamente comprovado com o estipulante e que podem aderir a este seguro.

1.17 Indenização

Valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.**

1.18 Índice de Aceitação e Manutenção

1.18.1 É a relação entre o número de Segurados e o número de participantes do grupo segurável a qual deverá ser obedecida pelo Estipulante para a aceitação e manutenção do seguro.

1.18.2 Os índices de aceitação e manutenção, para cada grupo segurado, serão estipulados pela Seguradora e constarão nas *Condições Particulares* da apólice.

1.19 Início de Vigência

É a data da aceitação da proposta de adesão de adesão ou, se anterior, a data de pagamento do respectivo prêmio, desde que este pagamento decorra de ato inequívoco de aceitação da seguradora.

1.20 Limite Técnico

É o limite de capital segurado que a Seguradora assumirá em cada seguro específico, o qual é determinado pela própria Seguradora.

1.21 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.22 Movimento de Faturas

1.22.1 É o documento pelo qual o Estipulante informa à Seguradora as movimentações dos Segurados (inclusões e cancelamentos) e alterações de Capitais Segurados durante o decorrer do período de vigência.

1.22.2 Tal documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem acima.

1.23 Nota Técnica Atuarial

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.24 Plano

É a forma ou critério estabelecido para a constituição do capital Segurado.

1.25 Prêmio

É a importância paga pelo segurado à seguradora para que esta garanta o risco contratado.

1.26 Processo SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.27 Proponente

É a pessoa 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.

1.28 Proposta de Adesão

É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e Capitais Segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A proposta de adesão, desde que o risco seja aceito pela Seguradora, faz parte integrante do contrato.

1.29 Renda Certa

1.29.1 É a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.

1.29.2 Essa forma de indenização é cabível no pagamento das coberturas pela Morte ou Invalidez Total por Acidente do Segurado e será feita em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um período, determinado antecipadamente pelo Segurado na contratação do seguro.

1.30 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

1.31 Segurado Principal

É a pessoa física, habilitada a ser incluída na apólice de seguro, cujo limite de idade estará previsto nas Condições Particulares, quando do protocolo da proposta de adesão na seguradora.

1.31.1 Para contratação da Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária será considerado como Segurado a pessoa

física com idade entre 16 (dezesesseis) e 64 (sessenta e quatro) anos, sendo esse o limite de idade para contratação.

1.32 Segurado dependente

É o cônjuge ou companheiro(a) e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como segurados Principais, quando incluídos no Seguro.

1.33 Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice, assumindo o risco de indenizar o beneficiário/segurado caso ocorra um dos eventos cobertos pelo seguro.

1.34 Seguro Contributário

O prêmio é pago integralmente pelos segurados, não havendo a participação do Estipulante como contribuinte destes prêmios.

1.35 Seguro Não Contributário

O prêmio é pago integralmente pelo Estipulante, não havendo a participação do segurados como contribuinte dos prêmios.

1.36 Seguro Parcialmente Contributário

Seguro onde o prêmio é pago pelos segurados, porém há uma quota de participação do Estipulante, nos percentuais acordados entre as partes.

1.37 Sinistro

É a ocorrência de um evento danoso, que, desde que esteja expressamente previsto no contrato de seguro, observadas suas condições gerais, particulares e especiais, será indenizado pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.38 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que os segurados, principal e dependente, estão coberto pelas garantias deste seguro, conforme estabelecido nas Condições Particulares.

1.39 Vigência do Seguro

É o período estabelecido nas *Condições Particulares*, no qual a apólice de seguro está em vigor.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um acidente coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias dividem-se em básicas e adicionais.

3.1 São consideradas garantias básicas:

- Morte acidental; e
- Invalidez Permanente por Acidente.

3.2 São consideradas garantias adicionais:

- Despesas Médico-Hospitalares;
- Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida para Acidente;
- Assistência Funeral;
- Auxílio Funeral;
- Cesta Básica;
- Renda por Afastamento por Acidente;
- Perda de Emprego.
- Auxílio Funeral por Acidente;
- Assistência Funeral por Acidente.

3.3 Para a efetivação do seguro, deverá haver a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas oferecidas.

3.4 Indenização por Morte Acidental

Consiste no pagamento do capital segurado relativo a cobertura básica, de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de adesão, após a **morte** do segurado, decorrente de acidente coberto, desde que este tenha ocorrido após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.5 Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.5.1 É a indenização paga ao próprio Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento ou esgotados os

recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.
3.5.2 O pagamento da indenização corresponderá aos percentuais descritos na Tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

INVALIDEZ PERMANENTE		DISCRIMINAÇÃO	% S/ A IMP. SEGURADA
TOTAL		Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
		Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
		Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
		Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
		Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
		Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.....	100
		Perda total do uso de ambos os pés.....	100
		Alienação mental total incurável.....	100
PARCIAL	DIVERSAS	Perda total da visão de um olho.....	30
		Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista.....	70
		Surdez total incurável de ambos os ouvidos.....	40
		Surdez total incurável de um dos ouvidos.....	20
		Mudez incurável.....	50
		Fratura não consolidada do maxilar inferior.....	20
		Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral.....	20
		Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral.....	25
PARCIAL	MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores.....	70
		Perda total do uso de uma das mãos.....	60
		Fratura não consolidada de um dos úmeros.....	50
		Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.....	30
		Anquilose total de um dos ombros.....	25
		Anquilose total de um dos cotovelos.....	25
		Anquilose total de um dos punhos.....	20
		Perda total do uso de um dos polegares, inclusive metacarpiano.....	25
		Perda total do uso de um dos polegares, exclusive metacarpiano.....	18
		Perda total do uso da falange distal do polegar.....	9
		Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....	15
		Perda total de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.....	12
		Perda total do uso de um dos dedos anulares.....	9
		Perda total de uso qualquer falange, excluídas as dos polegares: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
	MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores.....	70
		Perda total do uso de um dos pés.....	50
		Fratura não consolidada de um fêmur.....	50
		Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.....	25
		Fratura não consolidada da rótula.....	20
		Fratura não consolidada de um pé.....	20
		Anquilose total de um dos joelhos.....	20
		Anquilose total de um dos tornozelos.....	20
		Anquilose total do quadril.....	20
		Perda total de um dos pés, ou seja, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé.....	25
		Amputação do 1º. (primeiro) dedo.....	10
		Amputação de qualquer outro dedo.....	3
Perda total do uso de uma falange do 1º. dedo indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo			
Encurtamento de um dos membros inferiores			
- de 5 (cinco) centímetros ou mais.....	15		
- de 4 (quatro) centímetros.....	10		
- de 3 (três) centímetros.....	6		
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

IMPORTANTE

3.5.3 A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

3.5.4 Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.5.5 Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco per cento), 50% (cinquenta per cento) e 25% (vinte e cinco per cento).

3.5.5.1 Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

3.5.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para a garantia coberta por esta Cláusula. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à indenização prevista para sua perda total.

3.5.7 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

3.5.8 A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.

3.5.9 A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

3.5.10 As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam em consequência de um mesmo evento. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.

3.6 Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

3.6.1 É a indenização de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, decorrentes de acidente coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o seu restabelecimento do Segurado, observados os critérios de liquidação de sinistro constantes do subitem 16.7.

3.6.2 O Capital Individual, por evento, para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, corresponderá à percentagem do Capital Segurado Individual para a garantia básica, conforme indicado na Proposta de Adesão.

3.6.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.6.4 A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.6.5 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

3.6.6 Esta cobertura se extingue com o esgotamento do capital segurado contratado, conforme o disposto no subitem 3.6.2 acima.

3.7 Para esta cobertura haverá um período de franquia estabelecido nas Condições Particulares do seguro, contados a partir da data do evento, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção da indenização, observado o subitem 3.6.1.

3.8 A Franquia é dedutível por evento.

4. OUTROS RISCOS COBERTOS

4.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1 estão

expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

a) ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

c) choque elétrico e raio;

d) contato com substâncias ácidas e corrosivas;

e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

f) infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e

g) queda na água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos da garantia deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de atos ou operações de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes e de guerra, declarada ou não. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) epidemias declaradas ou não;

e) Doação e transplante intervivos; e

f) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro .

5.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

a) a hérnia e suas consequências;

b) o parto ou aborto e suas consequências;

c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

d) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas - ressalvado o disposto na alínea "b" do subitem 1.1.1 - ou entorpecentes; e

e) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

5.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorrido em consequência:

a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

c) de quaisquer acidentes citados no subitem 5.1, alíneas "a" e "b" ;

d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do segurado provier de meio de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado/Prestamista estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

e) quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.

f) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

5.4 Em se tratando de Despesas Médico-Hospitalares, além dos riscos excluídos acima, não estão abrangidas as coberturas para:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes,

b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.

5.5 Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

a) Danos Morais e Estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é 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 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, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.

b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

c) Perdas e Danos decorrentes direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

5.6 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do código civil.

6. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o seguro quando a proposta de adesão, devidamente preenchida e assinada sob carimbo, pelo Estipulante, for aceita pela seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1 Para que haja a aceitação dos proponentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da proposta de adesão, sempre se observando os limites de idade entre 16 (dezesseis) e 70 (setenta) anos e as boas condições de saúde para ingresso.

7.1.1 Os Proponentes que estiverem afastados na época da contratação deste seguro só poderão participar quando do retorno às suas atividades profissionais.

7.1.2 A comprovação do vínculo deverá se dar também no caso da ocorrência do eventual sinistro, no momento do aviso.

7.2 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de adesão pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares, para análise de aceitação do risco ou da alteração da proposta de adesão, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

7.2.1 A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.3 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do Seguro.

7.4 A aceitação do Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão da apólice, em seu nome, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.

7.5 A não aceitação da Proposta de Adesão, será comunicada obrigatoriamente ao Proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, justificando o motivo da recusa e dispondo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/ FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

7.5.1 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a cobertura será garantida até ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido o período coberto, o prêmio pago à Sociedade Seguradora.

7.6 Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações periódicas da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, conforme definido nas *Condições Particulares*, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice e mediante anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{1}{4}$ (três) quartos do grupo segurado.

7.6.1 Na aplicação do disposto acima, será necessária a anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, quando esta alteração implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 É a importância máxima a ser paga ao beneficiário de acordo com o valor estabelecido para a garantia contratada, vigente na data do evento.

8.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do sinistro, para a garantia de morte, a data do falecimento.

8.3 O capital segurado máximo individual para este Seguro estará determinado nas *Condições Particulares* do seguro.

9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 O custeio do Seguro pode ser:

- Não contributivo, em que os Segurados não pagam prêmio, ou;
- Contributivo, em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

9.2 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a cobrança e pagamento dos prêmios nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

9.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.

9.3.1 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 para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

9.4 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

9.5 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

9.6 Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá

ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

9.7 Fica estipulado, que os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a garantia dos demais riscos contratados.

9.8 A Seguradora delega ao Estipulante a cobrança dos prêmios, ficando este responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

9.9 No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto em folha, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado, salvo se o Seguro não for contributivo, ou seja, quando o Estipulante pagar totalmente o prêmio do Seguro.

9.10 Na cobrança do prêmio, mediante fatura, a Seguradora providenciará para que cada Estipulante receba sua fatura até 15 (quinze) dias antes da data do vencimento.

9.10.1 O Estipulante que não tiver recebido a nova fatura até 30 (trinta) dias após o vencimento da última fatura, deverá efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito na conta indicada na fatura ou através de ordem de pagamento tomada na rede bancária, com indicação do número da apólice, em ambas as hipóteses.

9.11 Fica estipulado, que os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a garantia dos demais riscos contratados.

10. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

10.1 A vigência para os segurados que participarem da apólice no mês de sua contratação, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da entrega da Proposta de Adesão, ou em data posterior indicada na mesma, juntamente com o formulário "Movimento de Fatura", desde que considerado aceito o risco pela Seguradora.

10.2 Para novas inclusões ou alterações, o início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da entrega do formulário "Movimento de Faturas" ou Proposta de Adesão à Seguradora, desde que aceito por esta, podendo ainda o Estipulante solicitar as inclusões/alterações em data posterior ao protocolo da Seguradora.

10.2.1 Quanto houver pagamento de prêmio, o início de vigência será a partir de tal pagamento ou a partir de outro dia posterior se solicitado expressamente ou, ainda, conforme estabelecido nas *Condições Particulares* do seguro.

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA

11.1 A vigência do seguro será de 1 (um) ano.

11.1.1 A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Estipulante até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

11.1.2 A partir da segunda renovação, somente poderá ser feita de forma expressa, servindo-se o Estipulante de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro, e desde que tal renovação não implique em ônus ou dever para o segurado ou redução de seus direitos.

11.2 Nos casos de recebimento da proposta de adesão de adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

11.2.1 Nos casos de recebimento da proposta de adesão de adesão sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas da data de aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Adesão.

11.3 Este Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP.

11.4 Caso o valor do capital segurado atinja o Limite Técnico estabelecido pela Seguradora, o seguro poderá não ser renovado.

11.5 Em cada renovação será emitida uma nova apólice pela Seguradora.

11.6. A Renovação deste Seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRADO no valor do prêmio do Seguro, sendo que este agravo será o percentual necessário de reajuste que deverá incidir sobre a cobertura específica contratada, levando em conta os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

11.7 Qualquer alteração na apólice, quando da renovação, que ocasione ônus ou dever aos Segurados, dependerá do Estipulante colher a anuência expressa de Segurados que representem ¼ (três quartos) do grupo.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

12.2 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

12.3 Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital segurado, que se submeterá

novamente às regras de análise e aceitação do risco.

13. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

13.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro cessarão a partir do último dia de vigência do período de cobertura a que se referir o último prêmio pago, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

13.2 A cobertura de cada Segurado cessa pela ocorrência do evento coberto e indenizado, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ressaltando-se, em qualquer caso, que se dá automaticamente o cancelamento do Seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, principalmente se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro ou ainda para obter ou majorar a indenização.

13.3 Respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, e;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

14. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

14.1 Caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios pelo período de 90 (noventa) dias, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

14.1.1 Nos seguros em que a forma de custeio for contributória, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

14.2 Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

14.2.1 No caso do subitem supra, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14.3 As coberturas básicas previstas por este Seguro se extinguem pela ocorrência da Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

14.4 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se extingue com o pagamento do respectivo capital segurado.

14.4.1 O pagamento referente à Invalidez Permanente por Acidente antecipa a cobertura da Indenização de Morte Acidental. Caso sobrevenha a morte por acidente do Segurado, decorrente do mesmo evento, do valor desta indenização será descontada a importância já paga pela Invalidez Permanente por Acidente.

14.5 Extingue-se ainda a cobertura do seguro:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento do capital segurado, ou seja, com o pagamento integral da indenização;
- c) se o segurado dependente passar a fazer parte do grupo de segurados principais;
- d) se este não for renovado;
- e) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; e
- f) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice.

14.5.1 Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do contrato de seguro sem restituição dos prêmios.

14.6 Caso se verifique a impossibilidade de manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos e não havendo acordo entre as partes quanto a reavaliação do prêmio, a apólice será cancelada mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

14.7 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Estipulante, Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

15. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

15.1 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

15.1.1 Qualquer alteração no contrato de seguro que implique em ônus ou dever para o segurado ou redução de seus direitos, deverá contar com a anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

15.1.2 É de total responsabilidade do Estipulante informar e colher a anuência dos Segurados que representem ¾ (três quartos) do grupo, sempre que necessário.

16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

16.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente pelo Segurado ou seus beneficiários,

através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou de carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

16.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

16.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO"

16.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

16.5 Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Estipulante ou beneficiário, no campo Informações do Segurado, em caso de acidente;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
- e) Declaração de Únicos Herdeiros;
- f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social
- g) caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de residência;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;
- k) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso; e,
- l) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

16.6 Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou seu representante e médico assistente;
- b) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- d) cópia autenticada do atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- e) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

16.7 Despesas Médico-Hospitalares (DMH) e Odontológicas

- a) "Aviso de Sinistro", preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou seu representante e médico assistente;
- b) cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de residência do Segurado;
- c) originais de todos comprovantes de despesas médico-hospitalares;
- d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) cópia autenticada da CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso;
- f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

16.8 Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

16.9 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

16.10 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.10.1. A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

16.11 A constatação da Invalidez Permanente conforme definida no subitem 3.5.1 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e eventual perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

16.12 Nos casos de divergências sobre a Invalidez Permanente, a Seguradora proporá 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.

16.12.1 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. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. 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.

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

16.13 A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares previstas no subitem 3.6 deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, discriminado o tratamento realizado e o material utilizado.

16.14 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante, Segurado e/ou seus beneficiários comunicará a ocorrência de sinistro à Seguradora, logo que saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as conseqüências.

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

17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

17.1 Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

17.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

17.3 As indenizações por morte ou invalidez total por acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do segurado neste sentido, devendo as partes estabelecerem o valor da renda mínima inicial.

17.3.1 O valor da renda será atualizado anualmente, no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 12.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização, além da aplicação de juros de até 6% (seis per cento) ao ano.

17.3.2 Além da atualização monetária prevista no subitem anterior, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, e a atualização anual aplicada às rendas.

17.4 Mesmo que o beneficiário indicado pelo Segurado venha a falecer durante o período de recebimento das parcelas do benefício, os pagamentos não se interromperão e serão efetuados, limitados ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado, ao cônjuge não separado judicialmente e o restante ao(s) herdeiros do segurado, obedecida a ordem de sucessão hereditária

17.5 Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 16.5, 16.6, 16.7, bem como da Cláusula Adicional de Diária de Incapacidade Temporária, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pelo índice estabelecido neste contrato, considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% ao ano a partir dessa data.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- a) O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco;
- b) Ficará prejudicado o direito à indenização, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio;
- c) No caso de fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;
- d) Inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e
- e) No caso de inobservância da cláusula 19 (Modificação do Risco) por parte do Segurado.

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

18.1.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou.
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

- a) Cancelar o seguro, após pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou.
- b) 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.

18.1.3. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

19. MODIFICAÇÕES DE RISCO

19.1 Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

19.2 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

- a) mudança de profissão do Segurado;
- b) mudança de residência do Segurado para outro país.
- c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos

de ar comprimido, esquí-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco.

d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

19.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que silenciou-se por má-fé.

19.3.1. Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

19.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.3.3 O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do Seguro, conforme previsto no artigo 769 do Novo Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado em comunicar ao Segurador todo incidente que de qualquer modo possa agravar o risco.

20. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

20.1 Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus beneficiários, através de documento escrito.

20.2 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio segurado será o beneficiário.

20.3 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

20.3.1 O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

20.4 Na falta de beneficiário indicado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

20.4.1 Na falta das pessoas indicadas no subitem acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20.5 É válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a), se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

20.6 O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

20.7 Nenhuma alteração de beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

21. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

21.1 O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

21.2 O disposto no subitem anterior não se aplica à garantia da Cláusula Especial para Diária de Incapacidade Temporária, a qual só se dá direito a eventos ocorridos no Brasil.

22. DO FORO

22.1 Fica estabelecido que as questões judiciais, entre o Estipulante, segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Estipulante, do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

22.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

23. DA DIVULGAÇÃO DO SEGURO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições deste seguro.

24. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da apólice:

a) fornecer para Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) Fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro;

c) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;

d) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes aos seguros emitidos para o segurado;

e) comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento à ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

f) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;

g) Entregar aos segurados os certificados individuais;

h) Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;

i) Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;

j) Informar o nome da Seguradora bem como o percentual na participação do risco em caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propagando do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e

k) O pagamento em dia dos prêmios, o fornecimento da documentação para liquidação de sinistro e informar à Seguradora quando da inclusão e/ou exclusão de segurados, por meio do formulário de "Movimento de Faturas".

24.2 O Estipulante/Segurado declara, no ato do preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, que tomou conhecimento prévio destas Condições Gerais, estando de pleno acordo com as mesmas.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

25.2 Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

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

25.4. Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

25.5 O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

25.6 Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.