

SEGURO VIDA PRESTAMISTA

Condições Gerais

Versão 5.1

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 10.005464/99-42

ÍNDICE

CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO	3
CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES.....	3
CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO.....	5
CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	7
CLÁUSULA 6 - CARÊNCIA	7
CLÁUSULA 7 - ACEITAÇÃO DO SEGURO	7
CLÁUSULA 8 - BENEFICIÁRIOS	8
CLÁUSULA 9 - CAPITAL SEGURADO.....	9
CLÁUSULA 10 - CUSTEIO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 11 - REGIME FINANCEIRO	9
CLÁUSULA 12 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	9
CLÁUSULA 13 - INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	10
CLÁUSULA 14 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	10
CLÁUSULA 15 - PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO	10
CLÁUSULA 16 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	11
CLÁUSULA 17- PERDA DE DIREITOS.....	11
CLÁUSULA 18 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	12
CLÁUSULA 19 - CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	12
CLÁUSULA 20 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	12
CLÁUSULA 21 - MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS.....	15
CLÁUSULA 22 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	15
CLÁUSULA 23 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE	16
CLÁUSULA 24 - PRESCRIÇÃO	16
CLÁUSULA 25 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.....	16
CLÁUSULA 26 - FORO	16
OUVIDORIA	17

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir a quitação ou amortização das dívidas assumidas pelo segurado, até o limite do respectivo capital segurado, oriundas de operações de crédito contratadas por pessoa física junto ao Estipulante, observadas às coberturas contratadas e condições contratuais, estando a apólice e respectivas coberturas individuais em vigor na data de ocorrência do evento previsto nestas condições gerais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice contratada.

CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** 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 do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
- a) incluem-se nesse conceito:
 - a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de contratação, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
 - a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
 - b) **excluem-se desse conceito:**
 - b.1) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressaltadas 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 Esforços Repetitivos - 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 nesta cláusula.**
- 2.2. **Aditivo:** equivalente ao endosso é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder a alterações na apólice.
- 2.3. **Apólice:** documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.
- 2.4. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Sociedade Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento passível de cobertura. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do evento.
- 2.5. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de evento.
- 2.6. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 2.7. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

- 2.8. Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade 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.
- 2.9. Coberturas de Risco:** Cobertura do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 2.10. Comoriência:** É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.11. Companheira(o):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 2.12. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.13. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
- 2.14. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- 2.15. Corretor:** é a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Sociedades Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.
- 2.16. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade.
- 2.17. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite que realiza tratamento quando da contratação do seguro.
- 2.18. Endosso:** documento emitido pela seguradora através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.
- 2.19. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
- 2.20. Evento Coberto:** o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.21. Foro:** Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.22. Formulário de Aviso de Sinistro:** o documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à sociedade seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.
- 2.23. Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.24. Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.25. Indenização:** é o valor a ser pago ao beneficiário pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.26. Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 2.27. Início de Vigência da Cobertura Individual:** é a data a partir da qual a sociedade seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.
- 2.28. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

- 2.29. Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.30. Período de Cobertura:** prazo de duração da cobertura contratada, respeitadas as condições contratuais, no qual o segurado ou o(s) beneficiário(s) farão jus aos capitais segurados contratados, no caso de ocorrência do evento coberto.
- 2.31. Prazo de Carência:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio prevista no item 4.1, d) destas Condições Gerais.
- 2.32. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.33. Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.34. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.35. Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.36. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.37. Proposta de Contratação:** documento assinado pelo Estipulante contendo as coberturas do plano de seguro, no qual o Estipulante, expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.38. Reintegração do Capital Segurado:** é o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.
- 2.39. Regulação de Sinistro:** é o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.40. Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.
- 2.41. Segurado:** pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.42. Seguradora:** é a empresa legalmente constituída para comercializar o seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.43. Sinistro:** a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.44. Vigência do Seguro:** É o período de tempo fixado para validade do seguro.
- 2.45. Vigência da Cobertura Individual:** período em que, na apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO

Este seguro possui duas coberturas básicas:

- 3.1. Cobertura de Morte, Natural ou por Acidente do Segurado (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, observadas as condições gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.
- 3.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.
- 3.2.1.** Para fim deste Seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total do uso de um membro ou órgão.
- 3.2.2.** No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total avaliada quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, descrita no subitem 3.2.4 destas condições gerais.

- a) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no item 3.2.4, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado relativo à cobertura básica.
- b) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
- c) **A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.**

3.2.3. Após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente o seguro estará imediata e automaticamente cancelado. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3.2.4. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
Nefrectomia Bilateral		

3.3. As coberturas deste seguro não poderão ser comercializadas isoladamente.

CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTES SEGUROS OS EVENTOS RELACIONADOS A/OU OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

- a) **DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- b) **DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- c) **DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NA DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO, E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;**
- d) **DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO;**
- e) **DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SOCIEDADE SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;**

- f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO SUBITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM, EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS:
- 4.2.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:
- a) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- 4.2.2. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;
- 4.2.3. EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE.

CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 5.3. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

CLÁUSULA 6 - CARÊNCIA

- 6.1. HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 6.2. PARA OS DEMAIS CASOS, O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL, NÃO PODENDO SER SUPERIOR A METADE DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- 6.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 6.1.

CLÁUSULA 7 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física que tenha assumido dívida ou compromisso junto ao Estipulante e se encontre, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço, em perfeitas condições de saúde e **com idade máxima igual a 64 (sessenta e quatro) anos.**
- 7.3. Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.
- 7.4. **A IDADE DO SEGURADO, NA DATA DE CONTRATAÇÃO OU RENOVAÇÃO DO SEGURO, SOMADA AO PRAZO DA OPERAÇÃO DE CRÉDITO NÃO PODERÁ SER SUPERIOR A 70 (SETENTA) ANOS COMPLETOS.**
- 7.5. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 7.6. A contratação do seguro se processará através do conhecimento prévio das condições gerais do seguro, do preenchimento e da assinatura da Proposta de Adesão pelo(s) proponente(s), seu representante ou por corretor de seguros habilitado e da respectiva aceitação pela sociedade seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 7.7. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a sociedade seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.
- 7.7.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 7.8. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.9. Após o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito, em caso de recusa.
- 7.10. **Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à sociedade seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro, e que, na existência de omissões ou de declarações inverídicas, determinarão a nulidade do contrato, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**

- 7.11. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida a Proposta pela Sociedade Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual a Sociedade Seguradora avaliará o risco.
- 7.12. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Sociedade Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 7.13. **O PRÊMIO, A QUE SE REFERE O ITEM 7.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 7.13.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 7.13, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 7.14. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 7.15. **É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 7.16. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Sociedade Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao Segurado, bem como, nos casos de suas renovações subsequentes.

CLÁUSULA 8 - BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário deste seguro será:
- 8.1.1. Primeiro Beneficiário: o Estipulante do Seguro até o saldo devedor da operação de crédito, de responsabilidade do segurado e especificado na proposta, na data do pagamento da indenização, limitado ao capital segurado individual.
- 8.1.1.1. Os casos de Operações de Crédito com mais de um mutuário/titular-solidário, a cobertura deste seguro cobrirá somente o saldo devedor de responsabilidade do segurado, diretamente proporcional ao número de titulares responsáveis pela dívida, na data do aviso do sinistro.
- 8.1.2. Segundo Beneficiário: o eventual valor de indenização da cobertura de Morte que ultrapassar o saldo devedor da operação de crédito será pago pela Sociedade Seguradora aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na falta de indicação expressa de beneficiários ou se por qualquer outro motivo não prevalecer a que for feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei, devendo ser aplicado o disposto no art. 792 do Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais, obedecida à ordem de vocação hereditária. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Segundo Beneficiário será o próprio segurado.
- 8.2. **Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.**
- 8.3. **Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários Legais do segurado, conforme item 8.1.2.**
- 8.4. **Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados (segundos beneficiários), respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.**
- 8.5. **Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 8.3 e 8.4 considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.**
- 8.6. **EM CASO DE INDICAÇÃO DE SEGUNDO BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) SEGUNDO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO)**

PAGA(S) AOS DEMAIS SEGUNDOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

8.7. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O SEGUNDO BENEFICIÁRIO, POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA SEGURADORA E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.

8.7.1. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE SEGUNDO BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.

8.7.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE SEGUNDO BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DO PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

8.7.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE SEGUNDO BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.

8.8. Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o segundo beneficiário do seguro.

CLÁUSULA 9 - CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado e corresponderá ao valor máximo da indenização devido em decorrência de evento coberto.

9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Sociedade Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de falecimento do segurado, em caso de morte ou a data do acidente para as coberturas de acidentes pessoais.

9.3. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 10 - CUSTEIO DO SEGURO

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

CLÁUSULA 11 - REGIME FINANCEIRO

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

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

CLÁUSULA 12 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1. O valor do prêmio será determinado na época da contratação do seguro.

12.2. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro até a data de seu vencimento.

12.3. O pagamento do Prêmio de Seguro poderá ser anual á vista ou fracionado, conforme definido pelo segurado na proposta de adesão.

12.4. Quando o prazo da operação de crédito for inferior a 1 (um) ano, o prêmio será calculado "pro rata temporis".

12.5. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.

12.6. O prêmio será pago pelo segurado por débito automático em conta corrente.

12.7. **Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, quando couber.**

12.8. **Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do seguro.**

12.9. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

12.10. EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.

CLÁUSULA 13 - INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 13.1.** O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Sociedade Seguradora. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Sociedade Seguradora.
- 13.2.** O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, desde que haja dívida ativa, obrigatoriamente de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva operação de crédito, respeitadas as cláusulas 16 - Término da Cobertura Individual, 18 - Vigência e Renovação da Apólice e 19 - Cancelamento da Apólice.
- 13.2.1.** A renovação automática não será aplicada aos segurados que comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência ao fim de vigência do seguro.
- 13.3.** O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente ao prazo da operação de crédito junto ao Estipulante, **quando o prazo for inferior a 1 (um) ano**, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.
- 13.4. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas**
- 13.5.** Caso haja, na renovação do seguro, qualquer alteração no certificado de seguro, que implique ônus, deveres adicionais ao segurado, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do segurado, acompanhada de documento que comprove a sua anuência.

CLÁUSULA 14 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 14.1.** Os capitais segurados serão informados pelo Estipulante, considerando que o segurado possua dívida ativa.

CLÁUSULA 15 - PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 15.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO FRACIONADO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DO CONTRATO DO SEGURO.**
- 15.2. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANUAL À VISTA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DO CONTRATO OU A RENOVAÇÃO DO SEGURO.**
- 15.3. NÃO HAVERÁ CANCELAMENTO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER A FALTA DE PAGAMENTO DE DUAS PARCELAS, CONSECUTIVAS OU NÃO. DESTA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O PERÍODO DE INADIMPLÊNCIA, COM A CONSEQÜENTE COBRANÇA DO PRÊMIO DEVIDO.**
- 15.4. O PERÍODO DE TOLERÂNCIA INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DE VENCIMENTO DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA INADIMPLENTE.**
- 15.5. NÃO RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO PRÓ-RATA DIA.**
- 15.6. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO ANTES DO CANCELAMENTO CONFORME O ITEM 15.11, FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 15.7. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 15.3, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO ITEM 15.5**
- 15.8. NOS CASOS EM QUE, A APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ITEM 15.5 NÃO RESULTAR EM ALTERAÇÃO DO PRAZO DE VIGÊNCIA, OPERARÁ DE PLENO DIREITO O CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO.**
- 15.9. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO FRACIONADO CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO.**
- 15.10.** A Seguradora enviará correspondência ao segurado, em até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso. Esta correspondência funciona como **NOTIFICAÇÃO** para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), **sob pena da aplicação do disposto no item 15.11 destas condições gerais.**

- 15.11. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ATÉ O VENCIMENTO DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA INADIMPLENTE RESULTARÁ NO CANCELAMENTO DO SEGURO, E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO ATENDENDO TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 7 - ACEITAÇÃO DO SEGURO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, NÃO SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.
- 15.12. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO POSITIVA DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA.
- 15.12.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 15.12, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 15.13. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

CLÁUSULA 16 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. A cobertura de qualquer segurado termina:
- no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
 - em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
 - com a exclusão do segurado da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - por falta de pagamento do prêmio anual à vista na renovação, ou de 2 (duas) parcelas fracionadas; e
 - devido a cancelamento a pedido do segurado protocolado na seguradora ou cancelamento a pedido da seguradora;
 - a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base “pró-rata dia”;
 - com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante; e
 - com esgotamento dos limites máximos de indenização.

CLÁUSULA 17- PERDA DE DIREITOS

- 17.1. A SOCIEDADE SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO AO ESTIPULANTE, CASO HAJA POR PARTE DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:
- DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÕES DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICANDO PREJUDICADO O DIREITO À INDENIZAÇÃO, ALÉM DE ESTAR O SEGURADO OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
 - AGRAVO INTENCIONAL DO RISCO;
 - FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTES SEGUROS;
 - FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 17.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ:
- NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
 - CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
 - NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.
- 17.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.
- 17.3.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.
- 17.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 17.3.3. O CANCELAMENTO DO SEGURO. SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO AO SEGURADO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

CLÁUSULA 18 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 18.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.
- 18.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Sociedade Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.
- 18.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Sociedade Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.
- 18.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 18.4. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas
- 18.5. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

CLÁUSULA 19 - CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 19.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NA CLÁUSULA 21 - MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.
- 19.2. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

CLÁUSULA 20 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 20.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da central de atendimento da seguradora.

- 20.2.** Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado ou beneficiários os documentos elencados abaixo:
- 20.2.1.** Documentação para **qualquer evento**:
- Formulário “aviso de sinistro” assinado.
 - Cópia do RG e CPF do segurado que sofreu o sinistro.
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).
- 20.2.2.** Documentação complementar para o evento **Morte, além dos documentos descritos no item 11**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- Certidão de óbito do segurado;
 - Quando **a Morte tiver ocorrido por acidente, além do documento descrito na letra “a)”** deste item, também deverão ser apresentados:
 - Cópia do Laudo de Necropsia;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e,
 - Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).
- 20.2.3.** O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado, **além dos documentos descritos nos itens 11 e 20.2.2**, deverão apresentar também os seguintes documentos:
- Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) das certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s) dele(s).**
 - Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, necessária somente caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo. Em caso de companheiro(a) é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do segurado; e,
 - Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato.
 - Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is)
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s)
- 20.2.4.** Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos itens 11 e 20.2.2, deverão apresentar enviar à Seguradora os seguintes documentos:
- Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento.
- 20.2.5.** Documentação para o evento **Invalidez Permanente Total por Acidente**:
- Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
 - Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
 - Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado);

- e) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível; e,
- g) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

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

20.4. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

20.5. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, a sociedade seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para perícia médica, com a finalidade de constatar o grau ou permanência da invalidez.

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

20.7. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.

20.8. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.

20.9. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.

20.10. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.

20.11. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Sociedade Seguradora.

20.12. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Sociedade Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico-assistente.

20.13. A sociedade seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 20.2.

20.14. A sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 20.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 20.13, voltando a correr, a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

20.15. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.

20.16. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO NA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

20.17. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTA CLÁUSULA 20 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

20.17.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 20.17, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

20.18. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.17, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

20.19. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-à independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.20. A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

CLÁUSULA 21 - MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

21.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

21.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

21.3. Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Sociedade Seguradora a proposta de alteração, e caso as alterações impliquem em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá vir acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

21.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Sociedade Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.

21.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Sociedade Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.

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

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

CLÁUSULA 22 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- A) FORNECER À SOCIEDADE SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;**
- B) MANTER A SOCIEDADE SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;**
- C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER, INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;**
- D) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDADA;**
- E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SOCIEDADE SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;**
- F) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;**

- G) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SOCIEDADE SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO, EMITIDOS PARA O SEGURADO;
 - H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SOCIEDADE SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
 - I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
 - J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
 - K) FORNECER À SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO; E
 - L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SOCIEDADE SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE.
- 22.2. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUB-ESTIPULANTE:
- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SOCIEDADE SEGURADORA;
 - B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;
 - C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SOCIEDADE SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E
 - D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

CLÁUSULA 23 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 23.1. A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a sociedade seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas.
- 23.2. 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.

CLÁUSULA 24 - PRESCRIÇÃO

- 1.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

CLÁUSULA 25 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 25.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 25.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 25.3. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 25.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que traga prejuízos ou ônus aos segurados ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 25.5. As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

CLÁUSULA 26 - FORO

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

OUVIDORIA

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CONTATO

Ouvidoria: 0800 880 2930 ou pelo site www.bbseguros.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Disque Denúncia
0800-775-7333

A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, o Banco do Brasil divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.