

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

Condições Gerais

Processo SUSEP Nº 15414.003063/2009-70

ÍNDICE**CONDIÇÕES GERAIS**

1. OBJETO DO SEGURO	2
2. DEFINIÇÕES	2
3. GARANTIAS DO SEGURO	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	10
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
7. BENEFICIÁRIOS	12
8. CAPITAL SEGURADO	13
9. CUSTEIO DO SEGURO	14
10. REGIME FINANCEIRO	14
11. PAGAMENTO DE PRÊMIO	14
12. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	15
13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	16
14. SUSPENSÃO, CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS	16
15. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	18
16. PERDA DE DIREITOS	19
17. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	20
18. CANCELAMENTO DA APÓLICE	21
19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	21
20. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS	24
21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	25
22. PROPAGANDA E PUBLICIDADE	27
23. PRESCRIÇÃO	27
24. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	27
25. FORO	28

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETO DO SEGURO

O presente seguro de pessoas tem por objeto garantir, **até o limite do capital segurado**, a quitação ou amortização das dívidas assumidas pelo segurado, pessoa física, oriundas de operações de crédito com o Estipulante. O seguro compreende as **coberturas expressamente contratadas**, que se regem pelas condições contratuais, sujeitando-se às exclusões de riscos fixadas, **devendo a apólice, assim como as respectivas coberturas individuais, estar em vigor na data de ocorrência do evento previsto nas Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: O evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, DO SEGURADO**, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:**

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, **INCLUSIVE OS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS**, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações 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 esses, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

Aditivo: Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir o instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice.

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

Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: Comunicação específica de um sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

Beneficiário: Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa Fé: Princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras e completas na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Certificado Individual: Documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Coberturas de Risco: Garantia do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do(a) segurado(a) a uma data predeterminada.

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

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.

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, certificado individual, condições gerais, condições especiais e demais disposições contratuais da apólice.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.

Condições da Apólice: Conjunto de cláusulas contratuais estabelecidas nos diferentes contratos de comercialização de um determinado plano de seguro, incluindo as disposições que alteram as condições gerais e/ou especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando suas disposições, ou ainda, introduzindo novas disposições com ampliação ou restrição de cobertura.

Contrato de Seguro: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Corretor: É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Direito Privado.

O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

Custeio do Seguro: De acordo com a opção feita pelo Estipulante, o custeio poderá ser:

- a) **Contributário:** em que o Segurado Principal participa no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.
- b) **Não Contributário:** em que o Segurado Principal não paga prêmio, recaindo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio totalmente sobre o Estipulante.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: É o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e **sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**

Doenças e Lesões Preexistentes e suas 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 quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite, no momento da contratação do seguro, tratamento realizado. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

Doença Profissional: É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra consequência da atividade profissional desempenhada.

Dolo: É qualquer ato consciente com que alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Na definição jurídica considera-se a vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.

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

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

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

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

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

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

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

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

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

Início de Vigência da Cobertura Individual: É a data a partir da qual a seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.

Médico Assistente:

- É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.
- **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

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

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

Parâmetros Técnicos: A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

Período de Cobertura: Prazo de duração da garantia contratada, respeitada as condições contratuais, no qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Prazo de Carência: Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual a seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.

Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso), prevista no item 4.1 destas Condições Gerais.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro, podendo ser único, anual, fracionado ou mensal, conforme opção(ões) pactuada(s) nas condições da apólice.

- a) **Prêmio Único:** quando o prêmio referente a todo o período da vigência da cobertura individual for pago de uma única vez.
- b) **Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
- c) **Prêmio Fracionado:** quando o prêmio único ou anual for fracionado em quantidade de parcelas inferiores ao período de vigência da cobertura individual.
- d) **Prêmio Mensal:** quando o prêmio for pago mensalmente durante toda a vigência da cobertura individual.

Prêmio Comercial: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prêmio Puro: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

Proponente: Pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: Documento contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas, após aceitação da Seguradora e o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso.

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

Regime Financeiro de Repartição Simples: A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

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

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

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

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

Segurados Dependentes: É o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, quando incluído no contrato de seguro pelo Segurado Principal, desde que não seja segurável como Segurado Principal.

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

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

Vigência do Seguro: É o período fixado para validade do contrato de seguro.

Vigência da Cobertura Individual: Período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. Cobertura de Morte, Natural ou 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, observada as condições gerais e **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUENCIA:

- 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 BACTERIOLOGICA, 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 OUTRÉM;
- c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
 - d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
 - e) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO 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, BEM COMO OS PRATICADOS, NO CASO DE PESSOA JURÍDICA, POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANES
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO SUBITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS:
- 4.2.1 OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUENCIA 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;
 - 4.2.3 EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;

4.2.4 DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:

- a) **QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VÔO OU NAVEGAÇÃO;**
- b) **DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;**
- c) **OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.**

4.2.5 DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.**5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA**

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 6.1. **A CONTRATAÇÃO DO SEGURO SE FORMALIZARÁ MEDIANTE A ACEITAÇÃO, PELA SEGURADORA, DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO QUE LHE FOI SUBMETIDA PELO ESTIPULANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS, INSTRUMENTALIZANDO-SE O CONTRATO POR MEIO DA EMISSÃO DA APÓLICE, QUE CONFIRMARÁ O INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E TRARÁ AS DEMAIS INFORMAÇÕES EXIGIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 6.2. **Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física que tenha assumido dívida ou compromisso com o Estipulante e esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço, em perfeitas condições de saúde e com idade conforme definido nas condições da apólice.**
- 6.3. **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.**
- 6.4. **A IDADE DO SEGURADO, NA DATA DE CONTRATAÇÃO OU RENOVAÇÃO DO SEGURO, SOMADA AO PRAZO DA OPERAÇÃO DE CRÉDITO NÃO PODERÁ SER SUPERIOR A IDADE MÁXIMA ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES DA APÓLICE.**
- 6.5. **A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 6.6. **A contratação do seguro individual se formalizará após a aceitação do risco pela Seguradora, que será avaliado por meio do preenchimento**

da proposta de adesão acompanhada da declaração pessoal de saúde, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros. A Seguradora tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na Seguradora para aceitação ou recusa do risco. A data da aceitação da proposta será a do término do prazo de 15 (quinze dias), em caso de ausência de manifestação formal da Seguradora.

- 6.7. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.
- 6.7.1 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.
- 6.8. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 6.9. Após o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito da recusa.
- 6.10. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões ou de declarações inexatas de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, observado o disposto no item 16.2.
- 6.11. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Durante a avaliação do risco, respeitado os itens 6.6 e 6.7, a partir do recebimento da Proposta pela Seguradora com o prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição do item 6.12
- 6.12. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do pagamento do prêmio antecipado, desde que

o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.

- 6.13. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzido o prêmio “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 6.14. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 6.13, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 6.15. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 6.14, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 6.16. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PROCURAÇÃO.
- 6.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual ou Proposta Certificada, que será entregue ou disponibilizada ao Segurado.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. **Primeiro Beneficiário:** o Estipulante do Seguro até o saldo devedor da operação de crédito de responsabilidade do segurado, **limitado ao capital segurado individual.**
- 7.1.1 Para a quitação do saldo devedor junto ao estipulante será considerado o valor devido na data do pagamento da indenização, respeitado o capital segurado individual contratado.
- 7.1.2 Nos casos de operações de crédito com mais de um mutuário/titular-solidário, de acordo com a previsão das condições da apólice, a garantia do seguro cobrirá somente o saldo devedor de responsabilidade do segurado, diretamente proporcional ao número de titulares responsáveis pela dívida ou conforme estabelecido no contrato vigente na data do aviso do sinistro.

- 7.2. Segundo Beneficiário:** o eventual valor de indenização que ultrapassar o saldo devedor da operação de crédito descrito no item 7.1 será pago aos beneficiários indicados pelo segurado. Na falta de indicação de beneficiários, deverá ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, instituído pela Lei 10.406 de 10.01.2002.
- 7.2.1** Para efeito desse seguro, a(o) companheira(o) será equiparada(o) ao cônjuge no caso da aplicação do art. 792 do Código Civil.
- 7.2.2** No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pelo segurado, ocorrido em data anterior ao óbito do segurado, sem que haja estipulação de cláusula de reversão, **a indenização será redistribuída entre os beneficiários remanescentes, em partes proporcionais, respeitando o percentual originalmente definido pelo segurado para cada beneficiário.**
- 7.3.** Todo segurado tem o direito de indicar o beneficiário do seguro, observado o disposto no item 7.2.
- 7.4. O SEGURADO PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O SEGUNDO BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA ALIANÇA DO BRASIL E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
- 7.4.1 QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**
- 7.4.2 EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 7.5. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO BENEFICIÁRIO INDICADO, A INDENIZAÇÃO SERÁ REDISTRIBUÍDA ENTRE OS BENEFICIÁRIOS REMANESCENTES, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITANDO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO PARA CADA BENEFICIÁRIO. SE NÃO HOVER REMANESCENTES SERÁ APLICADO O DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL, INSTITUÍDO PELA LEI 10.406 DE 10.01.2002.**

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** O Capital Segurado corresponderá ao valor contratado pelo Segurado ou ao valor inicial da operação de crédito, ou ainda, ao saldo devedor, conforme definido nas Condições da Apólice e corresponderá ao valor máximo da indenização devido em decorrência de evento coberto.

- 8.1.1** Ao valor de capital segurado descrito acima poderá ser acrescido um percentual para considerar as despesas de encargos de financiamento, respeitando o limite máximo de capital segurado por Cadastro de Pessoa Física (CPF) definido para a apólice, desde que previsto nas condições da apólice.
- 8.1.2** Nas operações em que figure mais de um mutuário, o Capital Segurado Total poderá ser dividido em Capital Segurado por mutuário, desde que esteja previsto nas condições da apólice contendo especificação das regras a serem consideradas.
- 8.2.** **Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do falecimento do segurado.**
- 8.3.** **O Capital Segurado será pago aos beneficiários, respeitando-se as regras descritas no item 7 – BENEFICIÁRIOS.**

9. CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com a opção do Estipulante, o custeio será definido nas Condições da Apólice e poderá ser:

- a)** Contributário: aquele em que os segurados participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente
- b)** Não contributário: aquele em que os segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

10. REGIME FINANCEIRO

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

11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 11.1.** O valor do prêmio será determinado na época da contratação do seguro.
- 11.2.** **A CADA 12 (DOZE) MESES DA DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL, SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA, O PRÊMIO PODERÁ SER AUMENTADO POR MUDANÇA DE IDADE OU FAIXA ETÁRIA DO SEGURADO DE ACORDO COM A TABELA DE COMERCIALIZAÇÃO VIGENTE NA ÉPOCA DO**

REENQUADRAMENTO ETÁRIO E CONFORME ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES DA APÓLICE.

- 11.3. INDEPENDENTEMENTE DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE OU FAIXA ETÁRIA DISPOSTO NO ITEM ANTERIOR E DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 13 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, O VALOR DO PRÊMIO PODERÁ SER ALTERADO EM FUNÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO SEGURADO, QUANDO DA RENOVAÇÃO DA APÓLICE.**
- 11.4. Para garantir o direito à cobertura, o prêmio do seguro deverá ser pago até a data de seu vencimento.
- 11.5. **A periodicidade de pagamento do Prêmio de Seguro poderá ser único, anual, fracionado ou mensal, conforme definido nas Condições da Apólice.**
- 11.5.1 **Caso ocorra sinistro, poderão ser cobrados antes do pagamento do capital segurado, os prêmios a vencer devidos, desde que fracionados, até a data em que ocorreria o término da vigência individual, desde que previsto nas condições da apólice.**
- 11.6. **Quando o prazo da operação de crédito for inferior a 1 (um) ano, o prêmio será calculado “pro rata temporis”.**
- 11.7. A forma de pagamento do prêmio será definida nas condições da apólice.
- 11.8. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, poderá ser efetuado o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
- 11.9. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.10. 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 NO ITEM 17.**

12. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 12.1. **O início da cobertura do certificado individual ou proposta certificada será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do prêmio, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.**
- 12.2. O prazo de vigência da cobertura individual poderá ser de 1 (um) ano ou equivalente ao prazo da operação de crédito, com o Estipulante, conforme definido nas condições da apólice, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva.

- 12.2.1** Quando o seguro for contratado na mesma data da contratação da operação de crédito, o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro ou da data de liberação do crédito, conforme definido nas condições da apólice até a data de término da operação de crédito.
- 12.2.2** Quando o seguro for contratado em data posterior à contratação da operação de crédito, o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro até a data de término da operação de crédito.
- 12.3.** O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual ou proposta certificada e seu início e término serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nele indicadas.
- 12.4.** Os casos de renegociação, liquidação ou amortização da operação de crédito deverão ser comunicadas imediatamente à seguradora e estarão sujeitos à análise de aceitação da seguradora, conforme definido nas condições da apólice.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Os critérios de atualização dos valores de Capitais segurados e prêmios serão definidos nas Condições da Apólice, podendo ser:

- 13.1. Sem aplicação de atualização monetária:** Não haverá atualização monetária, pois o capital segurado e o prêmio não se alteram em todo o prazo do financiamento, conforme o valor da operação de crédito.
- 13.2. Com aplicação de atualização monetária:** O capital segurado e prêmios de cada seguro serão atualizados anualmente na renovação do seguro e será sempre equivalente ao valor do saldo devedor do financiamento, conforme critério definido no item 11 – PAGAMENTO DE PRÊMIO.

14. SUSPENSÃO, CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 14.1. PARA OS SEGUROS COM PRÊMIO ÚNICO OU ANUAL NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA, POIS O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO CARACTERIZARÁ A NÃO CONTRATAÇÃO OU NÃO RENOVAÇÃO DO SEGURO. A NÃO RENOVAÇÃO SERÁ VÁLIDA PARA APÓLICES COM POSSIBILIDADE DE RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL, CONFORME ESTIPULADO NAS CONDIÇÕES DA APÓLICE.**
- 14.2. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL OU FRACIONADO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO SERÁ EFETIVADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO.**
- 14.3. PARA OS SEGUROS COM PRÊMIOS MENSAIS:**

14.3.1 NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER O CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL.

14.3.2 O PERÍODO DE SUSPENSÃO INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DO CANCELAMENTO DO SEGURO.

14.3.3 NÃO HAVERÁ COBERTURA DE SINISTROS DURANTE O PERÍODO DE SUSPENSÃO DA COBERTURA, SENDO VEDADA A COBRANÇA DE PRÊMIOS REFERENTE A ESTE PERÍODO. CASO O PAGAMENTO DO PRÊMIO SEJA REGULARIZADO, ANTES DO CANCELAMENTO DO SEGURO, A COBERTURA DO SEGURO PODERÁ SER RESTABELECIDO, A PARTIR DA DATA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO.

14.3.4 A Seguradora comunicará por escrito, em até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO CONTRATO. Esta correspondência funciona como NOTIFICAÇÃO para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), SOB PENA DA APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ITEM 14.3.5 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

14.3.5 APÓS O PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA, DESCRITO NAS CONDIÇÕES DA APÓLICE, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 6 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA, SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

14.4. PARA OS SEGUROS COM PRÊMIOS FRACIONADOS:

14.4.1 CONFIGURADO O NÃO PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO PRÓ-RATA DIA.

14.4.2 DURANTE O PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA, CONFORME DEFINIDO NAS CONDIÇÕES DA APÓLICE, O SEGURADO PODERÁ QUITAR O(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, ACRESCIDOS DOS ENCARGOS PREVISTOS NO ITEM 14.5 E 14.6. NESTE CASO, SERÁ RESTAURADO O PRAZO DE VIGÊNCIA ORIGINALMENTE CONTRATADO.

14.4.3 Desde que previsto nas condições da apólice, poderá ser antecipado o pagamento de parcelas a vencer com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

14.4.4 AO TÉRMINO DO PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA, CONFORME ITEM 14.4.2. SEM QUE O(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO TENHA(M) SIDO QUITADOS, A VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADA EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO PRÓ-RATA DIA.

14.4.5 A SEGURADORA COMUNICARÁ POR ESCRITO O PRAZO DE VIGÊNCIA AJUSTADO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

14.4.6 FINDO O NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA, SEM QUE TENHA SIDO RETOMADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, DAR-SE-Á DE PLENO DIREITO O CANCELAMENTO DO SEGURO.

14.5. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.

14.6. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 14.5, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

15. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

15.1. A cobertura de qualquer segurado cessa:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;**
- b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;**
- c) com a exclusão do segurado da apólice:**

- I. pelo pagamento da indenização por Morte;
 - II. por falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro ou de 2 (duas) parcelas consecutivas, respeitado o prazo de vigência ajustado, ou da última parcela do prêmio fracionado ou mensal;
 - III. na data de fim de vigência da cobertura individual, originalmente contratada ou ajustada devido inadimplência do prêmio fracionado;
 - IV. na data em que for protocolado na seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

16. PERDA DE DIREITOS

16.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):

- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO FICARÁ, AINDA, OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;**
- B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;**
- C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.**

16.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 16.1 ALÍNEA “A” NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU**

- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO.
- A) COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL ANTES DE EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO;
- B) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO.
- 16.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE O SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.
- 16.3.1 RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO, SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO.
- 16.3.2 ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA 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.
- 16.3.3 A RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

17. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 17.1.** A apólice coletiva de seguro será objeto de renovação automática, por uma única vez, ficando as demais renovações sujeitas à anuência prévia tanto da Seguradora, como do Estipulante.
- 17.2.** A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência da apólice, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.
- 17.3.** A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação, de acordo com o item 17.2.
- 17.4.** 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. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 18.1.** CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 20 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE 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.
- 18.2.** ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o solicitante deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Aliança do Brasil.

19.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:

19.2.1 Documentação para qualquer evento:

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo solicitante;
- b) Cópia do RG e CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);

19.2.2 Além dos documentos descritos no item 19.2.1, para o evento de Morte deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Cópia da Certidão de óbito do segurado;
- b) Quando se tratar de **Evento Acidental, além do documento descrito na letra “a)”** deste item 19.2.2, também deverá ser apresentada:
 - I. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - II. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - III. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - IV. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - V. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - VI. 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);

19.2.3 Além dos documentos descritos nos itens 19.2.1 e 19.2.2, o(s) beneficiários indicados pelo segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - I. Na falta do RG do(s) beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento.

II. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles.**

b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato:

I. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):

i. Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is)

ii. Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s)

19.2.4 Além dos documentos descritos nos itens **19.2.1 e 19.2.2**, na falta de beneficiários indicados pelo segurado, **o(s) beneficiário(s) legal(is)** deverá(ão) apresentar também os documentos descritos no item **19.2.3 e**:

a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;

b) Declaração que comprove união estável, ou condição equiparada, firmada em cartório ou emitida por órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do segurado(a), **necessária somente** caso exista companheira(o);

c) 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;

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

19.4. **As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do segurado ou do(S) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

19.5. **O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos dele, 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 por meio de seu médico assistente.

- 19.6.** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 19.2.
- 19.7.** A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 19.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 19.6 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 19.8.** Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido, **EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 19.9.** **VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 19, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 19.10.** **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 19.9, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% 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. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 20.1.** **EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUENCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O**

ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

20.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.

20.3. Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar a Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

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

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

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

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

A) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;

- B) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO 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 ESTABELECIDO;**
- E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;**
- F) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;**
- G) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;**
- H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;**
- I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;**
- J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;**
- K) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO; E**
- L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE.**

21.2. 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 SEGURADORA;**
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;**
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E**
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.**

22. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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

23. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

24. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

- 24.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 24.4. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

25. FORO

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

Companhia de Seguros Aliança do Brasil