

SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

Condições Gerais

Versão 7.0

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 15414.100997/2003-63

ÍNDICE

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

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro prestamista tem por objeto garantir a quitação ou amortização do saldo devedor referente ao contrato de consórcio firmado junto ao Estipulante ao qual pertence à cota do Consorciado, até o limite do respectivo capital segurado, observada a cobertura contratada e as condições contratuais, **estando à apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data de ocorrência do evento e não se tratando de risco expressamente excluído.**

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 do segurado**, 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, 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, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por 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; 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 alterações na apólice.
- 2.3. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- 2.4. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante ou Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à 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 do evento coberto.
- 2.6. **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.
- 2.7. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.8. **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.

- 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. **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.
- 2.11. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.12. **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.
- 2.13. **Contrato:** 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.
- 2.14. **Corretor:** É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
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.
- 2.15. **Declaração Pessoal de Saúde:** é o documento legal e formal, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre o seu estado de saúde, sob sua responsabilidade.
- 2.16. **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 tratamento realizado na contratação do seguro. **A OMISSÃO DESSAS DOENÇAS OU LESÕES, POR OCASIÃO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, PODERÁ ENSEJAR A PERDA DE DIREITO AO SEGURO.**
- 2.17. **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou certificado individual.
- 2.18. **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.
- 2.19. **Evento Coberto:** o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.20. **Foro:** Âmbito geográfico, competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.21. **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.22. **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.23. **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.
- 2.24. **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas descritas na apólice serão garantidas pela seguradora.
- 2.25. **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.
- 2.26. **Médico Assistente:**
- É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado.
 - **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.**
- 2.27. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

- 2.28. **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.
- 2.29. **Período de Cobertura:** prazo de duração da cobertura contratada, respeitada as condições contratuais, no qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 2.30. **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, 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 destas Condições Gerais.**
- 2.31. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.32. **Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.33. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.34. **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao contrato de consórcio do Estipulante e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.35. **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.36. **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.
- 2.37. **Regulação de Sinistro:** é o exame das 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.
- 2.38. **Riscos Excluídos:** correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, não cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.39. **Segurado:** Pessoa física ou jurídica que tenha aderido a um Grupo de Consórcio constituído pelo Estipulante, sobre a qual se procederá à avaliação do risco, nos termos do item 0, e se estabelecerá o seguro.
- 2.40. **Seguradora:** é a empresa legalmente constituída para comercializar o seguro e que se responsabiliza pela cobertura do seguro, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições.
- 2.41. **Sinistro:** a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.42. **Vigência do Seguro:** é o período de tempo fixado para validade do seguro.
- 2.43. **Vigência da Cobertura Individual:** período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

CLÁUSULA 3 – COBERTURA 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, observadas as condições gerais, e **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**
- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU 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 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;
- 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 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, BEM COMO OS ATOS PRATICADOS, NO CASO DE PESSOA JURÍDICA, POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO SUBITEM 4.1 ESTÃO, TAMBÉM, EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS:

- 4.2.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA 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. CONDUÇÃO DE VEÍCULO SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;
- 4.2.4. DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
 - a) QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO 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. EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

5.1. 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. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL.
- 6.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 6.1.
- 6.4. O LIMITE MÁXIMO QUE UM PLANO DE SEGURO PODERÁ ESTABELECEER COMO PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ DE DOIS ANOS.

CLÁUSULA 7 – ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A CONTRATAÇÃO DO SEGURO PELO ESTIPULANTE SE FORMALIZARÁ MEDIANTE A ACEITAÇÃO, PELA SEGURADORA, DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO DE SEGURO 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.
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado todo o proponente que tenha aderido a um Grupo de Consórcio constituído pelo 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 compreendida entre 18 e 65 (sessenta e cinco) anos.**
- 7.3. Em caso de consorciado pessoa jurídica:
 - 7.3.1. A empresa consorciada não poderá participar ou ter como sócio qualquer cotista acionista ou preposto(s) do Estipulante.

7.3.2. Será obrigatória a indicação de pessoa física, respeitado as condições de aceitação estabelecidas no item 7.2, observados os seguintes critérios:

7.3.2.1. No caso de Sociedade Anônima: será obrigatória a indicação de um acionista e/ou diretor, respeitado o Estatuto Social da empresa e Ata de Eleição dos representantes.

7.3.2.2. No caso de Sociedade Limitada: será obrigatória a indicação de um sócio, devidamente identificado no Contrato Social da empresa.

7.4. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO

7.5. A contratação do seguro individual se formalizará após a aceitação do risco pela Seguradora, que será avaliado por meio do **preenchimento e assinatura da proposta de adesão pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado**, acompanhada da declaração pessoal de saúde, o que também poderá ser realizado por meio de contratação eletrônica, tendo o proponente declarado ter conhecimento prévio da íntegra destas condições gerais. A Seguradora terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora, para aceitação ou recusa do risco. A data de aceitação da proposta será a do término do prazo de 15 (quinze) dias, em caso de ausência de manifestação formal da Seguradora, respeitado o item 13.6.

7.6. 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. No caso de proponente pessoa jurídica, a seguradora poderá solicitar mais de uma vez novos documentos ou exames devendo indicar os fundamentos do pedido dos novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à 0 (zero) hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada na Seguradora do que tiver sido solicitado.

7.6.1. 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.

7.7. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.

7.8. 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.

7.9. 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 ou inverídicas que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, 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, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

7.10. O pagamento antecipado do 1ª (primeira) parcela do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Durante a avaliação do risco, respeitado os itens 7.4 e 7.5, a partir do recebimento da Proposta pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos e o prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição do item 7.11.

7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura durante a análise da proposta, 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.

7.12. 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 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 NO 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 Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao Segurado.

CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIO

- 8.1. O beneficiário, para fins deste Seguro, será o estipulante, até o saldo devedor nas linhas de consórcio de bens móveis ou serviços atrelados ao produto contratado e de responsabilidade do Segurado, limitado ao capital segurado individual.

CLÁUSULA 9 – CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O Capital Segurado corresponderá ao valor do saldo devedor do bem ou serviço ao qual pertence a cota de um grupo consorciado, sendo apurado mensalmente e ajustado sempre que houver variação do valor do bem ou serviço.
- 9.2. **Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:**
- a) **Para o evento de morte natural: a data do falecimento.**
- b) **Para o evento de morte acidental: a data do acidente.**
- 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. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio Mensal do seguro até a data de seu vencimento.
- 12.2. O prêmio será cobrado individual e mensalmente, juntamente com o pagamento da prestação mensal do consórcio, custeado totalmente pelo Segurado, no dia do vencimento da prestação mensal do consórcio.
- 12.3. O prêmio será calculado mensalmente pela aplicação da taxa do seguro sobre o saldo devedor de consórcio do mês em referência.
- 12.4. Não haverá aumento do prêmio em virtude de reenquadramento por mudança de idade ou faixa etária. Para qualquer alteração na taxa do seguro, será observado o disposto na CLÁUSULA 21 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS.
- 12.5. O pagamento da primeira parcela do Prêmio Mensal se efetivará até a data de realização da primeira **Assembléia Geral Ordinária**, em que será constituído o **Grupo de Consórcio** do qual o Segurado for participante, ou posterior, em caso de adesão de grupo já constituído.
- 12.6. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro 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.
- 12.7. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.8. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NAS**

CLÁUSULA 17 – PERDA DE DIREITOS, CLÁUSULA 18 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E CLÁUSULA 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.**CLÁUSULA 13 – INÍCIO E VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

- 13.1. 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.
- 13.2. O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e seu início e término será às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nele indicadas.
- 13.3. O prazo de vigência da cobertura individual poderá ser menor que 1 (um) ano somente se o prazo da operação de crédito contraída pelo segurado junto ao estipulante for menor que 12 (doze) meses.
- 13.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.
- 13.5. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, respeitado o subitem 13.6 e 13.7.
- 13.6. O início da vigência individual será a data da 1ª (primeira) Assembléia Geral Ordinária (AGO), ou, no caso de ingresso como participante em grupo já constituído, na data de adesão ao consórcio, condicionada ao pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio de seguro.
- 13.7. Quando a adesão ao seguro ocorrer após a contratação do consórcio, o início de vigência individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora.
- 13.8. Os casos de renegociação da operação financeira deverão ser comunicados imediatamente à seguradora e estarão sujeitos à análise de aceitação da seguradora, conforme definido no Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 14 – RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

- 14.1. Não haverá atualização monetária, entretanto os capitais segurados e prêmios de cada seguro serão determinados conforme o saldo devedor do bem ou serviço ao qual pertence à cota de um grupo consorciado, sendo apurado mensalmente e ajustado sempre que houver variação do valor do bem ou serviço.

CLÁUSULA 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 15.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DO CONTRATO DO SEGURO.
- 15.2. NÃO HAVERÁ CANCELAMENTO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER A FALTA DE PAGAMENTO DE 3 (TRÊS) PARCELAS, CONSECUTIVAS OU NÃO. DESTA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O PERÍODO DE INADIMPLÊNCIA COM A CONSEQÜENTE COBRANÇA DO PRÊMIO DEVIDO.
- 15.3. O PERÍODO DE TOLERÂNCIA INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DE VENCIMENTO DA 3ª (TERCEIRA) PARCELA INADIMPLENTE.
- 15.4. A Seguradora enviará correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas 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 15.5 destas condições gerais.**
- 15.5. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ATÉ O VENCIMENTO DA 3ª (TERCEIRA) PARCELA 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.
- 15.6. 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.
 - 15.6.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 15.6, 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.

- 15.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.6, 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.
- 15.8. SERÃO APLICADAS AS REGRAS DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO ACIMA CITADAS, NOS CASOS EM QUE O ESTIPULANTE NÃO REPASSAR O PRÊMIO À SEGURADORA.

CLÁUSULA 16 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. A cobertura de qualquer segurado termina:
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências mensais 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 de 3 (três) parcelas; e
 - iii. Pelo não repasse do prêmio pelo Estipulante à Seguradora, conforme item 15.8
 - iv. devido a cancelamento a pedido do segurado protocolado na Seguradora ou cancelamento a pedido da Seguradora, desde que por escrito:
 - a cobertura permanecerá vigente até o final do período de vigência vinculado a última parcela mensal paga pelo segurado. Neste caso não caberá à devolução de prêmio e o cancelamento será efetivado a partir da parcela subsequente.
 - d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
 - e) no término do prazo do Grupo de Consórcio;
 - f) em caso de exclusão do Segurado do Grupo de Consórcio;
 - g) em caso de dissolução do Grupo de Consórcio;
 - h) em caso de cessão do Contrato de Adesão ao Consórcio;
 - i) com a quitação total do saldo devedor do Consorciado; e
 - j) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

CLÁUSULA 17 – PERDA DE DIREITOS

- 17.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO AO ESTIPULANTE E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):
- A) FIZER(EM) DECLARAÇÃO(ÕES) INEXATA(S) OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO.
 - B) AGRAVAR(EM) INTENCIONALMENTE O RISCO;
 - C) FALTAR(EM) COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DO SEGURO;
 - D) FRAUDAR(EM), DE FORMA CONSUMADA OU SUA TENTATIVA, OU SIMULAR(EM) ACIDENTE OU AGRAVAR(EM) AS SUAS CONSEQUÊNCIAS OU OCORRÊNCIA.
- 17.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 17.1 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.
 - 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 SEGURADORA, LOGO QUE O SAIBA, DE 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 QUE AGRAVE O RISCO, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE 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. 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.
- 17.4. 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.

CLÁUSULA 18 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 18.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente, por uma única vez, por igual período.
- 18.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da 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 obrigatoriamente 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.
- 18.3. **Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus ou dever aos segurados, 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. **ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**
- 18.5. 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

CLÁUSULA 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 19.1. **CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 0 – “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, MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) 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 beneficiário do consórcio deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da central de atendimento da Seguradora.
- 20.2. Para o processo de regulação do sinistro **para qualquer evento** deverão ser apresentados pelo beneficiários os documentos relacionados abaixo.
- 20.2.1. Documentação para **qualquer evento**:
- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
 - Cópia do RG e CPF do segurado;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação do 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 19**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- Certidão de óbito segurado.

- b. Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente, além do documento descrito na letra “a” deste item, também** deverão ser apresentados:
- 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);
 - vii. Cópia da Proposta de Adesão ao Consórcio;
 - viii. Documento do Estipulante informando o valor do bem ou serviço e o saldo devedor do Segurado na data do evento;
 - ix. Relatório médico, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório.
- 20.3. Sendo o solicitante menor de dezoito anos, deverá ser assistido por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 20.4. **AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 20.5. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos seus dados clínicos e cirúrgicos.
- 20.6. 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 20.2.
- 20.7. A 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 20.6 voltando a correr, a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 20.8. **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.**
- 20.9. **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.**
- 20.10. **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, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 9.2, E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO DO PROCESSO DE SINISTRO.**
- 20.10.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 20.10, 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.
- 20.11. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.10, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, 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 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DA EFETIVA LIQUIDAÇÃO DO PROCESSO DE SINISTRO.**
- 20.12. 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.

20.13. 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 CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 21.2. **AS ALTERAÇÕES DE QUE TRATA O ITEM 21.1 SERÃO APLICADAS SOMENTE ÀS NOVAS ADESÕES À APÓLICE.**
- 21.3. **PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, ¾ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.**
- 21.4. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.
- 21.4.1. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 21.4.2. **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.**
- 21.4.3. 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.

CLÁUSULA 22 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 22.1. **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 ESTABELECIDA;**
 - 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 CONSIDERAREM 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.**
- 22.2. **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, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA 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 seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada.
- 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

- 24.1. 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

- 26.1. 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.
- 26.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

SAC

0800 570 7042**Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 775 5045**

Atendimento 24 horas.

OUVIDORIA

0800 775 2345**Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 962 7373**

Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

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.