

CONDIÇÕES GERAIS DOENÇAS GRAVES – VERSÃO 4.1

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, respeitada as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto e o limite de capital segurado contratado, **observados os riscos excluídos e o período de sobrevivência para atendimento às condições de elegibilidade.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, e exame de fluido cefalorraquidiano.

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

2.3. **Agravação do risco:** Considera-se agravação de risco, toda e qualquer situação ou evento que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade da Proposta de Adesão, quando da contratação do seguro, etc.

2.4. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante e/ou Subestipulante.

2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. **Ato Ilícito: ato proibido por lei. Consiste, ainda, na ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.**

2.7. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.8. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora da ocorrência do evento passível de cobertura.

2.9. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência de evento coberto.

2.10. **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 na proposta de contratação e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

2.11. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

2.12. **Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao capital segurado contratado em eventual ocorrência de evento coberto.

2.13. **Carcionama ou Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

- 2.14. Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.15. 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, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.16. Cirurgia Coronariana:** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.
- 2.17. Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.18. 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 admitidos no contrato de seguro.
- 2.19. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.20. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.21. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e do Estipulante e/ou Subestipulante.
- 2.22. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.23. Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas.
- O corretor de seguros responde civilmente perante os Estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.24. Custeio:** Responsabilidade de pagamento do prêmio do seguro. O custeio poderá ser contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados efetuam o pagamento do prêmio parcial ou integralmente, ou não contributivo, quando o Estipulante e/ou Subestipulante efetua o pagamento integralmente.
- 2.25. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.26. Doença Congênita:** é a doença adquirida antes do nascimento ou até completar o primeiro mês de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.
- 2.27. Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.28. Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.29. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.30. Doença do Trabalho:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.31. Doença e Lesão Preexistente e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela

existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

2.32. Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.33. Doença Neoplásica Maligna Ativa: Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.34. 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 em consequência da atividade profissional desempenhada.

2.35. Doenças Previstas: doenças que geram o direito ao recebimento do capital segurado previsto neste contrato. As definições, caracterizações e exclusões de cada doença estão descritas nestas condições gerais.

2.36. Dolo: 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.

2.37. Endosso: Documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.

2.38. Estipulante e/ou Subestipulante: 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-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano e como Estipulante-averbador, quando não participar do custeio.

2.39. Etiologia: Causa de cada doença.

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

2.41. Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período. Sua forma de apuração e distribuição será definida no Contrato, quando cabível.

2.42. Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.43. Formulário de Solicitação de Indenização/Relatório Médico: o documento pelo qual o beneficiário solicita a indenização à seguradora.

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

2.45. Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

2.46. Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e/ou Subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.47. Hígido: Saudável.

2.48. 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, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.

2.49. Infarto: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e através de exames de eletrocardiograma e exames laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- a) História de dores torácicas típicas;
- b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma - ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);

- c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); e
- d) Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.

2.50. Início de Vigência: a data a partir da qual a cobertura de risco proposta será garantida pela seguradora.

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

2.52. Insuficiência Renal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

2.53. Laudo Médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente ou segurado.

2.54. Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado 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.**

2.55. Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.56. 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.

2.57. 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.

2.58. Período de Cobertura: Prazo de duração da cobertura contratada, respeitada as condições contratuais, no qual o segurado fará jus ao capital segurado contratado, em caso de ocorrência de evento coberto.

2.59. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), Estipulante e/ou Subestipulante à Seguradora, destinados ao custeio do seguro.

- a) **Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
- b) **Prêmio Fracionado:** quando o prêmio único ou anual for fracionado em quantidade de parcelas consecutivas inferiores ao período de vigência da cobertura individual.
- c) **Prêmio Bimestral, Trimestral ou Semestral:** quando o prêmio for pago em quantidade de parcelas não consecutivas com periodicidade de acordo com os bimestres, trimestres ou semestres existentes durante a vigência da cobertura individual.
- d) **Prêmio Mensal:** quando o prêmio for pago mensalmente durante toda a vigência da cobertura individual.

As opções de periodicidade serão definidas no Contrato.

2.60. Prêmio Comercial: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.

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

2.62. Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

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

2.64. Proposta de Adesão: 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, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.65. Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, no qual o proponente, pessoa jurídica, denominado Estipulante, assina expressando a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.66. Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.67. Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.68. 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.

2.69. Regulação de Sinistro: É o exame, das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

2.70. Riscos Excluídos: são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.

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

2.72. Segurado Titular: É o segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante e/ou Subestipulante.

2.73. Seguradora: empresa devidamente constituída e legalmente autorizada para comercializar seguros, que se responsabiliza pela cobertura contratada, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais.

2.74. Sentido de Orientação: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.75. Sequela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.76. Sinistro: A ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

2.77. Transferência Corporal: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2.78. Transplante de órgãos: necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

2.79. Vigência da Apólice: É o período no qual a Apólice Coletivo de Seguro está em vigor.

2.80. Vigência da Cobertura Individual: É o período em que, respeitada a apólice em vigor, o Segurado tem direito à cobertura do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Doenças Graves: Garante ao segurado o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, no caso de diagnóstico de uma das doenças previstas nas condições contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, porém após o período de carência, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

3.2. As doenças ou procedimentos previstos nessas condições são:

- a) Câncer;
- b) Infarto;
- c) Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- d) Cirurgia Coronariana;
- e) Insuficiência Renal;
- f) Transplantes de órgãos.

3.3. Será considerada como “data do evento” a data do diagnóstico médico.

3.4. A elegibilidade a indenização se dará após o 30º (trigésimo) dia da data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.

3.5. O diagnóstico deverá ser comprovado por laudo emitido por médico especialista e emitido pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro.

3.6. Não será aceito, para fins de comprovação do diagnóstico, laudo emitido por médico que seja próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS 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 QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;**
- d) **DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;**
- e) **PERDAS E DANOS CAUSADOS 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) **DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA INCLUEM-SE OS DANOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
- g) **PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, ATENTADOS OU RIXAS (EXCETO NOS CASOS DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE OU AINDA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO) E DUELOS;**
- h) **ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;**
- i) **DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;**
- j) **PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUE ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;**
- k) **EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;**
- l) **ANOMALIAS DE NASCIMENTO INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM;**
- m) **DANOS MORAIS SEJA QUAL FOR O MOTIVO, DECORRENTES DE NEGOCIAÇÃO OU ACORDOS QUE OCORRAM FORA DO ÂMBITO DE TRIBUNAIS QUE SEJAM PERTINENTE AOS CASOS EM QUESTÃO;**

- n) DANOS E PERDAS, INCLUSIVE SE FOREM DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE RELACIONADOS À COBERTURA ESTABELECIDAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS;
- o) PREJUÍZOS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL SEJA ELA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA;
- p) DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.
- q) DOENÇAS PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO;
- r) 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;
- s) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.

4.1.1. ESTAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA POR TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E HOSPITAIS.

4.2. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CÂNCER:

- a) CÂNCER DE PELE, EXCETO MELANOMA MALIGNO COM GRAU DE INVASÃO IGUAL OU SUPERIOR A 1,5 MM SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE BRESLOW;
- b) SARCOMA DE KAPOSI E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS;
- c) LEUCEMIA CRÔNICA;
- d) CÂNCER QUE ATRAVÉS DE EXAME HISTOLÓGICO TENHA CLASSIFICAÇÃO IGUAL A T1;
- e) CARCINOMA NÃO INVASIVO (CARCINOMA “IN SITU”) E QUALQUER GRAU DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC);
- f) TUMORES OU LESÕES DESCRITAS COMO PRÉ-MALIGNAS;
- g) CÂNCER DE PRÓSTATA (EXCETO AQUELES DE GRAU SUPERIOR NA CLASSIFICAÇÃO DE GLEASON OU SUPERIOR A T2N0M0 PELA CLASSIFICAÇÃO TNM); e
- h) QUALQUER TIPO DE CÂNCER DIAGNOSTICADO ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E CUJA RECIDIVA OU INVASÃO TENHA OCORRIDO NOS 30 (TRINTA) DIAS APÓS O INÍCIO DE VIGÊNCIA.

4.3. OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DO ECG, TODA A ANGINA DO PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL, ANGINA DECÚBITO, INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST NO ECG COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T”. E OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INFARTO.

4.4. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:

- a) ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS;
- b) QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, QUE NÃO A PARALISIA IRREVERSÍVEL, RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR;
- c) INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA;
- d) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE;
- e) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES;
- f) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO;
- g) OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO; e
- h) SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.

4.5. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CIRURGIA CORONARIANA:

- a) ANGIOPLASTIA;
- b) OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS;
- c) CIRURGIA TIPO “KEY- HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO, UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS); e
- d) QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS.

4.6. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS:

- a) TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS;
- b) TRANSPLANTE DE TECIDO;
- c) TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO;
- d) TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS;
- e) AUTOTRANSPLANTE; e
- f) QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência será definido no Contrato e na proposta de adesão, sendo contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado.

6.2. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

6.3. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 02 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

7. ACEITAÇÃO E ADESÃO DO SEGURO

7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ PELA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.

7.2. Poderá ser aceito como segurado todo o proponente que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade dentro dos limites estabelecidos no Contrato.**

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

7.4. A contratação do seguro se formalizará pelo preenchimento da proposta de adesão com Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal, quando for o caso, e pelo corretor de seguros e da respectiva aceitação pela Seguradora, que tem 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.

7.5. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.

7.5.1. 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.

7.6. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente por escrito, devidamente justificada.

7.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação automática da proposta.

7.8. 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, de declarações inexatas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do 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 artigo 766 do Código Civil.

7.9. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.

7.10. Durante a avaliação do risco, respeitados 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 no item 7.11.

7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura ao proponente, durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da proposta de adesão com antecipação do prêmio e vigorará até a data da aceitação da proposta ou formalização da recusa, o que ocorrer primeiro, 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 recusa de proposta com antecipação total ou parcial do prêmio, o valor do adiantamento deverá ser restituído, líquido de IOF, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, deduzido da parcela “pro rata temporis”, correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado, desde a data da formalização da recusa até a data do seu efetivo pagamento.

7.13. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE O ITEM 7.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

7.14. 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.

7.15. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO 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.

7.16. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO.

7.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, conforme definido no Contrato. Conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total e os capitais segurados de cada cobertura contratada. Em caso de inexatidão das informações do Certificado Individual, o segurado deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas do Certificado Individual são decorrentes das declarações do proponente, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento do certificado, o segurado poderá perder o direito à indenização.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário deste seguro será o próprio segurado, ainda que assistido ou representado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. Entende-se por capital segurado o valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto, respeitando o limite estabelecido para a cobertura contratada.

9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação do sinistro a data do diagnóstico médico. **A elegibilidade a indenização se dará no 30º (trigésimo) dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.**

9.3. Quando o seguro for custeado integralmente pelo segurado e o capital segurado não for definido por múltiplo salarial, o segurado poderá solicitar o aumento em qualquer época, mediante solicitação por escrito, observando-se o limite máximo de capital segurado individual vigente. Quando o seguro for custeado integral ou parcialmente pelo Estipulante e/ou Subestipulante, estes poderão solicitar o aumento do capital segurado.

9.3.1. A seguradora terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias para análise, considerando-se as determinações previstas no item 7. Se aceito pela Seguradora, o novo capital segurado terá início de vigência conforme indicado no certificado individual, sendo a cobrança do novo prêmio referente à data de início de vigência do capital segurado aumentado. Por ocasião do aumento poderá ser exigido o preenchimento de uma nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, iniciando-se novos períodos de carência, conforme prazos descritos no Contrato para o valor aumentado.

9.4. Para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado e não informada na nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, o pagamento da indenização será efetuado com base no valor anterior ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios.

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

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no Contrato, com base nas seguintes possibilidades:

- a) Contributário: aquele em que o Segurado paga o seguro total ou parcialmente.
- b) Não Contributário: aquele que o Estipulante e/ou Subestipulante paga a totalidade do seguro

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 e/ou Subestipulante.

11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos, 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.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1. O valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro em função da idade do segurado, da cobertura e do respectivo capital segurado e da periodicidade de pagamento do prêmio definidos na proposta de adesão.

12.2. NA RENOVAÇÃO ANUAL DA COBERTURA INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 17, O VALOR DO PRÊMIO PODERÁ SER REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DO SEGURADO, CONFORME DESCRITO NO CONTRATO OU SEREM REAVALIADOS COM O ESTIPULANTE COM BASE NA COMPOSIÇÃO ETÁRIA DO GRUPO SEGURADO E RESPECTIVOS CAPITAIS SEGURADOS.

12.3. Para garantir o seu direito à cobertura, o Segurado ou Estipulante e/ou Subestipulantes deverão efetuar o pagamento do prêmio de seguro, conforme forma e periodicidade estipuladas, até a data de seu vencimento.

12.4. A forma de pagamento do seguro poderá ser por débito em conta corrente nos bancos credenciados da Seguradora, ficha de compensação ou carnê a favor de terceiros, conforme opções determinadas no Contrato e descritas na Proposta de Adesão ou solicitado pelo Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante.

12.5. Para os seguros 100% (cem por cento) contributários, ou seja, custeados integralmente pelo segurados, cuja operação de repasse dos prêmios não seja feita pelo Estipulante, a solicitação da alteração da forma de pagamento poderá ser realizada pelo segurado mediante contato com a Central de Atendimento. Nestes casos, quando se tratar de alteração para a opção de débito em conta corrente, esta será realizada mediante preenchimento de autorização devidamente assinada.

12.6. Quando a forma de pagamento for débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência, sendo aplicado o disposto nos itens 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

12.7. A periodicidade de pagamento do prêmio será determinada no Contrato e poderá ser: Mensal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual. Em caso de pagamento anual, este poderá ser à vista ou fracionado em parcelas consecutivas. Quando o custeio for contributivo, a periodicidade será determinada na Proposta de Adesão ou solicitada pelo Segurado ou Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o(s) responsável(is) pelo pagamento do seguro.

12.8. Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia ao responsável pelo pagamento do seguro, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.

12.9. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de sua cobertura e sem acréscimo de valor.

12.10. Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nos itens 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

12.11. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito no item 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.

12.12. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante até a data de vencimento estabelecida.

12.13. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 15 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS, destas Condições Gerais.

12.14. 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 NOS ITENS 18, 19, 20, 21 E 22.

12.15. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13. SEGURADOS AFASTADOS

13.1. Os prêmios dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, devem ser pagos normalmente à Seguradora para que não haja a interrupção da respectiva cobertura.

13.2. Os capitais segurados dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, serão alterados na mesma proporção, sempre que forem alterados compulsoriamente os capitais do grupo segurado que se encontrar em plena atividade profissional.

13.3. É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital, decorrente de aumento por promoção, após seu afastamento.

13.4. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra sociedade seguradora, serão mantidos no novo seguro, os segurados principais afastados do serviço ativo por doença, desde que atendidas as demais exigências da proposta e no contrato de seguro.

14. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

Sem prejuízo do disposto no item 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, poderá ser aplicado reenquadramento etário por mudança de idade ou faixa etária, sendo os percentuais definidos no Contrato, quando for este o caso.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

15.1. Na ocasião da renovação da apólice, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.

15.2. Para os seguros custeados integralmente pelos segurados, as alterações de taxas de seguro que implicarem em ônus para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que seja aceita pela Seguradora e tenha sido paga o prêmio antecipado do seguro.

16.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante e/ou Subestipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 21 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 22 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.

16.3. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitada a vigência dos prêmios pagos e o previsto nas condições contratuais.

16.4. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

16.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao(s) Segurado(s).

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

17.1. QUANDO O CAPITAL SEGURADO NÃO FOR DEFINIDO EM FUNÇÃO DE MÚLTIPLO SALARIAL, ESTES E OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES ATÉ O 2º (SEGUNDO) MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.

17.2. No caso de extinção do índice acima pactuado, 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.

18. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

18.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO NA CONTRATAÇÃO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.

18.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.

18.3. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA, MENSAL, TRIMESTRAL OU SEMESTRAL:

18.3.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 18.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 18.7, 18.8 E 18.9.

18.3.2. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 18.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

18.4. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL FRACIONADO:

18.4.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR 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.

18.4.2. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

18.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 18.2, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO ITEM 18.4.1.

18.5. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO MENSAL QUE JÁ TENHA SIDO PAGA OU EM CASO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA OU FRACIONADO, OU AINDA, PRÊMIO TRIMESTRAL OU SEMESTRAL, CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO.

18.6. 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 DISPOSTO NO ITEM 7 – ACEITAÇÃO E ADESÃO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

18.7. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA 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.

18.8. No caso de extinção do índice pactuado no item 18.7, 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.

18.9. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 18.7, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

19. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1. A cobertura do segurado termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido pagos integralmente;
- b) em caso de rescisão da apólice, segundo as regras estabelecidas nas condições contratuais;
- c) com a exclusão do segurado da apólice:
 - i. por falta de pagamento do prêmio anual à vista ou da 1ª (primeira) parcela do seguro;
 - ii. por atraso no pagamento do prêmio:
 - Se prêmio mensal, trimestral, semestral ou anual à vista: por período superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de vencimento do 1º (primeiro) prêmio inadimplente;

- Se prêmio anual fracionado: quando terminar o período de vigência individual correspondente ao prêmio pago, calculado na base “pró-rata dia”.

iii. na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado:

- Caso o segurado tenha optado por periodicidade de pagamento de prêmio diferente de mensal, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base “pró-rata dia”;
- Em caso de pagamento mensal não caberá qualquer devolução.

d) com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante; e

e) com o pagamento da indenização.

20. PERDA DE DIREITOS

20.1. 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 E/OU SUBESTIPULANTE, 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 TAMBÉM FICARÁ 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 SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.**

20.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

- 20.2.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU**
- 20.2.2. 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, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE A COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

20.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE 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.

20.4. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.

20.5. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.

20.6. A RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

21. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

21.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.

21.1.1. 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.

21.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e/ou Subestipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante e/ou Subestipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

21.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

21.4. A apólice e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

22. CANCELAMENTO DA APÓLICE

22.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 24 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

22.2. ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

22.3. 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.

22.4. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

23.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o solicitante deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento, impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos.

23.2. Para o processo de regulação de sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados a seguir:

23.2.1. Documentação para qualquer evento

- a) Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- 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);

23.2.2. Para o evento decorrente de Câncer será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia; e
- b) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).

23.2.3. Para o evento decorrente de **Infarto** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.**

23.2.4. Para o evento decorrente de **Acidente Vascular Cerebral** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia;**
e
- b) **Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).**

23.2.5. Para o evento decorrente de **Cirurgia Coronariana** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca.**

23.2.6. Para o evento decorrente de **Insuficiência Renal** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia; e**
- b) **Exames complementares apropriados.**

23.2.7. Para o evento decorrente de **Transplante de Órgãos** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados para cada caso, com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.**

23.3. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO.

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

23.5. A junta médica de que trata o item 23.4, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

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

23.7. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DE COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO.

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

23.9. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

23.10. O Segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder

a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu médico-assistente.

23.11. 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 23.2.

23.12. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 23.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 23.11 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

23.13. SOMENTE SERÁ PAGA POR ESTE SEGURO A INDENIZAÇÃO REFERENTE À PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA DENTRE AS PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, NO PRAZO DE VIGÊNCIA DESSE SEGURO E APÓS O PERÍODO DE CARÊNCIA.

23.14. 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.

23.15. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 23, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

23.15.1. Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto no item 17 até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

23.16. No caso de extinção do índice pactuado no item 23.15, 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.

23.17. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 23.15, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

23.18. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

23.19. A indenização da cobertura contratada será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

23.20. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

23.21. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

24. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

24.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

24.2. 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, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO.

24.3. Caso o Estipulante e/ou Subestipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, que implique em ônus, dever aos segurados ou redução de seus direitos, deverá apresentar à 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.

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

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

24.3.3. 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.

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

24.4. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:

- 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 ESTABELECIDADA;
- e) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE, QUANDO COUBER;
- 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;
- 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 E/OU SUBESTIPULANTE; E
- m) CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

24.5. É VEDADO AO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:

- 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 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.**

25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

25.1. A propaganda e promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Subestipulante 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 fidelidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada.**

26. PRESCRIÇÃO

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

27.2. 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.

27.3. 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.

28. FORO

28.1. 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.

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