



CONDIÇÕES GERAIS
Seguro de Vida Coletivo

AGOSTO/2025

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA COLETIVO

Processo SUSEP: 15414.649831/2025-56

(AGOSTO/2025)

GARANTIDO POR ASSURANT

SEGURADORA S.A

CNPJ: 03.823.704/0001-52

Ramo: 0993 – Vida Coletivo

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as **Condições Gerais** do seu seguro **Vida**, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão considerados em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o Estipulante aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.gov.br/susep

Para os casos não previstos nestas CONDIÇÕES GERAIS serão aplicadas as leis que regem os SEGUROS no Brasil.

2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão da linguagem utilizada, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante destas Condições Gerais.

2.1. Aceitação do Risco

Ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.

2.2. Acidente Pessoal

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

2.3. Apólice

Documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos;

2.4. Aviso de Sinistro

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

2.5. Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.6. Boa Fé

É o 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.

2.7. Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

2.8. Carência

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.9. Certificado Individual

É o documento destinado ao segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

2.10. Coberturas

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto

2.11. Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

2.12. Condições Especiais

É o conjunto de cláusulas contratuais suplementares às Condições Gerais, que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.13. Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.14. Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.15. Corretor

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

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

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

2.16. Custeio do Seguro

De acordo com a opção do Estipulante, ratificada no Contrato do Seguro, o custeio poderá ser:

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

2.17. Endosso

É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

2.18. Evento Coberto

É o acontecimento futuro, involuntário, possível, incerto e de natureza súbita, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

2.19. Estipulante

É a 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.

2.20. Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do 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. Hospital

São os estabelecimentos legalmente habilitados, constituídos e licenciados no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

2.24. Início de Vigência

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

2.25. Internação Hospitalar

Caracteriza-se Internação Hospitalar do Segurado a internação com duração mínima de 24 (vinte e quatro) horas consecutivas.

2.26. Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

2.27. Nota Técnica Atuarial

É o documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

2.28. Período de Cobertura

É aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.29. Prêmio

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.30. Proponente

O interessado em contrata a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso e contratação coletiva.

2.31. Proposta de Adesão

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.32. Regulação do Sinistro

Trata-se do processo de avaliação das causas, consequências e circunstâncias do sinistro e do direito à indenização.

2.33. Riscos Excluídos

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

2.34. Segurado

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.35. Seguradora

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.36. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o período de vigência do seguro.

2.37. Vigência da Apólice

É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

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.

2.38. Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o Segurado ou seu Beneficiário, quando aplicável, está coberto pelas coberturas deste seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir até o limite dos respectivos capitais segurados, os prejuízos resultantes da ocorrência de eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às condições contratuais.**

4. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas deste seguro podem ser divididas em básicas e adicionais e estarão definidas nas respectivas Condições Especiais. As coberturas contratadas estarão devidamente descritas no Contrato e na Proposta e Certificado Individual do Seguro.

Cobertura Básica

- a) Morte;

A contratação da cobertura básica é obrigatória.

Coberturas Adicionais

- b) Invalidez Permanente Total por Acidente
- c) Diagnóstico de Câncer (Mama, Útero e Ovário)
- d) Auxílio Gestação

As Coberturas Adicionais são de contratação opcional e serão disponibilizadas a critério da Seguradora e do Estipulante e constarão na Proposta de Adesão e na Proposta e Certificado Individual.

A definição e os riscos excluídos de cada uma das coberturas estão em suas respectivas Condições Especiais.

5. RISCOS EXCLUIDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos decorrentes de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de rebelião, de revolução, agitação, motim, invasão, hostilidades, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânica;**
- d) **Suicídio ou tentativa de suicídio nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro, ou nos dois primeiros anos depois do contrato ter sido reiniciado (recondução) depois de um tempo suspenso;**
- e) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo;**
- f) **Participação do Segurado em combates ou qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, exceto na prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- g) **Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero;**
- h) **Danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente.**

5.1 Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos danos e perdas causadas direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação.

É facultada a fixação de franquias para as coberturas deste seguro, desde que estabelecido no Contrato e na Proposta e Certificado Individual de Seguro.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas do seguro previstas nesta cláusula aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

8. CONTRATAÇÃO

Este seguro foi desenvolvido para ser contratado por grupo segurável tal como definido no item 2.23 destas Condições Gerais.

A apólice é emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante e/ou Corretor de Seguros para a confecção da proposta de seguro. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

Se for constatado que o grupo Segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a Seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese do Estipulante não aceitar as novas taxas propostas e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

9. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão de Segurados far-se-á da seguinte forma, conforme definido no Contrato:

- a) Automática, quando o Seguro abranger todos os componentes do Grupo Segurável;
- b) Facultativa, quando o Seguro abranger somente os componentes do Grupo Segurável que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

10. ACEITAÇÃO

- 10.1 A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 10.2 A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra destas Condições Gerais.
- 10.3 A Seguradora terá o prazo máximo de 25 dias corridos para aceitar ou recusar o risco e/ou suas alterações. O prazo é contado a partir da entrada da proposta na Seguradora.
- 10.4 A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco poderá ser feita apenas uma vez durante este prazo. Neste caso, o prazo de 25 dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 10.5 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Será considerada automática, caso não haja manifestação em contrário durante o prazo de 25 dias, contados do recebimento da proposta pela Seguradora.
- 10.6 Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a Seguradora enviará uma comunicação formal com a devida justificativa da recusa.

10.7 No caso de não aceitação de seguro, em que já tenha havido pagamento total ou parcial do prêmio à Seguradora, os valores pagos serão devolvidos no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos da formalização da recusa, deduzido da parcela "pro-rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O proponente fará jus à cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

10.8 Caso o prazo de 10 (dez) dias seja ultrapassado, o prêmio a que se refere o item 10.7, será atualizado monetariamente desde a data do seu recebimento pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva devolução do prêmio.

10.9 Na hipótese da extinção do índice pactuado no item 10.8, deverá ser utilizado o INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

10.10 A aceitação ou renovação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

11. VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

O início e término de vigência do seguro de cada segurado serão definidos nos Certificados Individuais do seguro.

O início e término de vigência do seguro serão às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim indicadas no Certificado Individual de Seguro.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice.

Para os casos de propostas recepcionadas sem

pagamento de prêmio, o início da cobertura do certificado individual será às 24h (vinte e quatro horas) da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou de outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento total do prêmio o início da cobertura do certificado individual será às 24h (vinte e quatro horas) da data de recepção das propostas pela Seguradora.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

A vigência do seguro será discriminada no Contrato, podendo ser renovada automaticamente, uma única vez. A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

13. CAPITAL SEGURADO

Para fins deste Seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora em caso de ocorrência de Evento Coberto em função do valor estabelecido para cada cobertura, vigente na data do evento.

A data do Evento Coberto para efeito de determinação do Capital Segurado estará definida nas condições especiais de cada cobertura.

O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar as Condições Contratuais.

O Capital Segurado estabelecido para cada cobertura constará no Certificado Individual do Segurado.

O Capital Segurado dos Segurados Dependentes em quaisquer coberturas contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com a opção do Estipulante o custeio poderá ser:

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

Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora pelo estipulante, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão da cobertura.

O pagamento do prêmio poderá ser feito de forma única, anual, fracionado ou mensal, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais. Para garantir o direito à cobertura, o Estipulante ou o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do Seguro até a data de vencimento.

O não pagamento do prêmio à vista, nos seguros em parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela nos casos de seguros com prêmios fracionados, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

Para os seguros com pagamento de prêmio fracionado deverá ser observado:

a) Não será permitida a cobrança de nenhum valor

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

- b) É ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.
- c) A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do certificado.
- d) Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:
- e) Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- f) A Seguradora comunicará ao segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.
- g) Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido neste item, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro.
- h) Findo o novo prazo de vigência da cobertura calculado, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou ainda, nos casos em que, a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.
- i) No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

A periodicidade da cobrança e a forma de custeio serão definidas no Contrato.

Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Estipulante ou Segurado poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, sem que haja suspensão de suas coberturas.

Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

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

Para os seguros com prêmios mensais, decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura será automaticamente suspensa por um período máximo de 60 (sessenta) dias, sujeitando o Segurado e o Estipulante ou sub-estipulante às cominações legais. Se ocorrer um sinistro, o Segurado e/ou beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das coberturas contratadas.

A reabilitação do seguro do certificado se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

15. REAJUSTE DO PRÊMIO

Em caso de prêmio mensal, este será recalculado semestralmente em função das alterações ocorridas no grupo Segurado naquele período. A Seguradora reserva-se o direito de reajustar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao Estipulante, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo Segurado que possa influir na taxa alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

Qualquer alteração da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

16. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Os prêmios do seguro serão reavaliados periodicamente, a fim de manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, tendo como base a experiência desde o início de vigência da apólice. Caso seja verificada sinistralidade superior a Sinistralidade Esperada, o prêmio para novas vendas poderá ser reajustado, com prévio aviso ao Estipulante ou Segurado, pela seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \frac{\text{PRÊMIO ATUAL} \times \left(\frac{\text{SINISTROS RETIDOS}}{\text{PRÊMIOS GANHOS}} \right)}{\text{Sinistralidade Esperada}}$$

ONDE: $\left(\frac{\text{SINISTROS RETIDOS}}{\text{PRÊMIOS GANHOS}} \right) = \text{SINISTRALIDADE}$

A Sinistralidade Esperada poderá variar de acordo com o contrato, estando esta definida no Contrato de Seguro.

Os Prêmios Ganhos referem-se aos valores efetivamente pagos pelo Estipulante (prêmios recebidos), conforme apontado nas faturas mensais, descontados os cancelamentos e a variação de reserva de prêmios não ganhos. Aos prêmios recebidos são descontados os valores referentes aos impostos, comissão, pró-labore, marketing, resseguro e operacionalização do seguro.

Os Sinistros Retidos referem-se aos sinistros pagos, mais os sinistros avisados (reserva de sinistro a liquidar), mais a reserva de IBNR (provisão de sinistros ocorridos, mas não avisados) acumulados até o período.

Para os seguros mensais e contributários, o prêmio dos segurados vigentes só poderá ser reajustado mediante anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

O Seguro será cancelado, nos seguintes casos:

a) O não pagamento do prêmio único ou anual do seguro por parte do segurado ou estipulante nos

prazos estipulados nas condições contratuais acarretará o cancelamento do certificado individual de seguro, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura.

b) Depois de decorrido o período de suspensão, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

A Seguradora enviará correspondência ao Estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade da retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o Estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

c) A qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Neste caso, com pagamento de prêmio único ou anual, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

18. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura de qualquer certificado individual de seguro cessa:

- A pedido do Segurado, desde que feito por escrito à Seguradora;
- Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- Com o término de vigência do certificado individual de seguro;
- Em caso de cancelamento da Apólice;
- Com a exclusão do Segurado da apólice, por falta de pagamento do prêmio, quando aplicável, ou;
- Com o esgotamento de seus Limites Máximos de Indenização, ou com o esgotamento do Limite Máximo de Indenização de coberturas que não se acumulam entre si;

- g) Estando o Segurado inadimplente por mais de 60 (sessenta) dias, a Seguradora poderá cancelar automaticamente o contrato do seguro;
- h) Com a morte do segurado.

19. COMUNICAÇÕES

As comunicações do Segurado ou Estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito ou via Central de Atendimento da Seguradora.

As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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 do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente. Caso haja atraso no pagamento de prêmio, haverá cobrança de juros por atraso e suspensão das coberturas, conforme definido no Contrato do seguro;
- 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, bem como número do Processo SUSEP do seguro contratado, 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, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o número do Processo SUSEP e percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

É vedado ao estipulante e ao 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 represente, no mínimo, 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 cobertura direta a estes produtos.

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro.

As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas

rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão que tenham influenciado na aceitação do seguro e no cálculo do prêmio;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas na apólice, que acarretem agravação intencional do risco coberto;
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas conseqüências;
- d) Por qualquer meio ilícito, procurar obter benefícios do presente contrato.

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

22.1 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 continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

22.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado,

cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação positiva do IPCA/IBGE “pró-rata tempore” até a data do efetivo pagamento.

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo o sinistro, desde que o Seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como risco excluído, o Segurado/beneficiário deverá entrar imediatamente em contato com o estipulante ou com a Seguradora pela Central de Atendimento, para a obtenção das informações necessárias ao encaminhamento dos documentos referentes ao sinistro, de acordo com cada cobertura, conforme definido nas Condições Especiais deste seguro.

Atenção:

- a) Os documentos deverão ser apresentados em original ou cópia autenticada;
- b) O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- c) As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do

Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Após a entrega da documentação completa, exigida e necessária para regulação do sinistro, a indenização devida deverá ser paga em até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega na Seguradora do último documento exigido.

Após este prazo são devidos:

- a) Juros moratórios a partir do último dia previsto para o pagamento. A taxa será a referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, até o último dia do mês anterior ao do efetivo pagamento, e de 2% (dois por cento) no mês de efetivo pagamento;

Na falta da taxa SELIC, os juros moratórios serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

- b) Atualização monetária com base na variação (se positiva) apurada entre o último índice do IPCA/IBGE publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

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.

A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer outros documentos além daqueles constantes nas condições especiais do produto, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso a contagem de prazo para liquidação será suspensa, e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem entregues à Seguradora todos os documentos exigidos.

23. JUNTA MÉDICA

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

A junta médica 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 nomeado pelo segurado.

Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei vigente.

24. PERÍCIA DA SEGURADORA

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

25. BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários de cada cobertura serão aqueles definidos no Contrato do seguro.

Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

26. REGIME FINANCEIRO

Este seguro está estruturado em Regime de Repartição simples, desta forma não é prevista a devolução de prêmios de seguros ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

27. INDENIZAÇÃO

Todas as indenizações serão efetuadas no Brasil e em moeda nacional.

28. FORO

As questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora serão processadas no foro de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA 1ª – COBERTURA DE MORTE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Morte do Segurado, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Contrato deste Seguro, quando da ocorrência de sinistro durante a vigência de cobertura do seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga conforme legislação vigente.

Na falta das pessoas acima indicadas serão beneficiários, os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para esta cobertura são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Morte, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito.

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou Representante Legal do Segurado e pelo Médico Assistente do mesmo, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) Em caso de morte não determinada na Certidão de Óbito, encaminhar também Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir;
- f) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- g) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).
- h) Documento de identificação do(s) beneficiários.

CLÁUSULA 2ª – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, durante a vigência do seguro, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual de Seguros.

Para efeito deste seguro, considera-se Invalidez Permanente e Total por Acidente a perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, com ocorrência de um ou mais dos eventos a seguir:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Para fins de indenização de sinistro de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

4. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Invalidez Permanente Total por Acidente, tomar-se-á como data do sinistro a data do acidente.

5. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Documento de identificação do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.

CLÁUSULA 3ª - COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (Mama, Útero e Ovário)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de diagnóstico de câncer (Mama, Útero e Ovário).

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.

3. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Diagnóstico de Câncer (Mama, Útero e Ovário), tomar-se-á como data do sinistro a data da constatação da doença.

4. CARÊNCIA

Para efeito de início desta cobertura, deverá ser considerado o período de carência de 6 (seis) meses, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro.

5. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Documento de identificação do Segurado;
- c) Exame laboratorial que diagnosticou a doença e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o segurado é portador nos

critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURA DE AUXÍLIO GESTAÇÃO

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Consiste no pagamento do capital segurado em caso de gestação da segurada, limitado a **1 (um) evento durante a vigência do seguro.**

Para fins desta cobertura, considera-se **um único evento** o nascimento de um ou mais filhos decorrentes da mesma gestação. O valor da indenização será **único e fixo, independente do número de nascidos vivos.**

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, não estarão cobertos os seguintes exclusões específicas para essa cobertura:

- a) Abortos espontâneos ou induzidos;
- b) Partos prematuros ou complicações obstétricas que não resultem em nascimento com vida;
- c) Gestação por fertilização assistida.

3. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Auxílio Gestação, tomar-se-á como data do sinistro a data do nascimento do filho(a) da segurada.

4. CARÊNCIA

Para efeito de início desta cobertura, deverá ser considerado o período de carência de 9 (nove) meses, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro.

5. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DA COBERTURA DE AUXÍLIO GESTAÇÃO

- a) Certidão de Nascimento do filho (a) da Segurada;
- b) Laudo Médico ou Relatório de Acompanhamento pré-natal;
- c) Documento de identificação do Segurada;

