

Seguro Coletivo Bradesco – Capital Global

Registro do Produto na SUSEP: 15414.003566/2008-64

Condições Gerais

CAPÍTULO I – OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª Obedecidas as condições e os limites das coberturas adiante estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de Indenização ao(s) Beneficiário(s) em caso de morte do Segurado ou ao próprio Segurado, na ocorrência de Sinistro coberto, de acordo com a(s) Cobertura(s) contratada(s).

Cláusula 2ª As coberturas oferecidas por este Seguro são válidas para os Sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas Condições Gerais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. Acidente Pessoal - Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no primeiro parágrafo deste item.

2. Agravo Mórbido - piora de uma doença

3. Alienação Mental - distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

4. Aparelho Locomotor - Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

5. Apólice de Seguro ou **Apólice** - É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente.

6. Atividade Laborativa - qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

7. Auxílio - ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou

equipamentos de apoio físico.

8. Ato Médico – procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

9. Beneficiário - É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização prevista nestas Condições Gerais para o caso de morte do Segurado.

10. Capital Global - É a modalidade de contratação coletiva segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada segurado sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do Grupo Segurado.

11. Capital Segurado Individual – É o valor máximo determinado para cada uma das coberturas previstas nestas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro, equivalente ao valor do Capital Global dividido pelo número de segurados do grupo da Apólice, conforme estipulado no Contrato de Seguro, e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

12. Cardiopatia Grave – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

13. Cognição – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.

14. Condições Contratuais – É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato.

15. Condições Gerais - É este conjunto de cláusulas que regem o plano de Seguro, estabelecendo direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

16. Conectividade com a Vida – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

17. Consumpção – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

18. Contrato – É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que

estabelecem as peculiaridades da contratação do Seguro, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

15. Corretor - É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

16. Dados Antropométricos – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

17. Deambular – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

18. Declaração Médica – documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

19. Deficiência Visual – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

20. Disfunção Imunológica – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

21. Doença Crônica – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

22. Doença Crônica em Atividade – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

23. Doença Crônica de Caráter Progressivo – Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

24. 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.

25. 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.

26. Doença Profissional – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

27. Estados Conexos – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

28. Estipulante - É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulação em vigor.

29. Etiologia – causa de cada doença.

30. Evento - É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais.

31. Excedente Técnico – É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional da Apólice, em determinado período.

32. Fatores de Risco e Morbidade – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

33. Grupo Segurado - É o conjunto de pessoas do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice.

34. Grupo Segurável - É o conjunto de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice

35. Hígido – saudável.

36. Indenização - É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao seu Beneficiário, em decorrência de Sinistro coberto durante o Período de Cobertura.

37. Índice de Atualização Monetária - É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro, aplicado de acordo com o disposto no Capítulo VII destas Condições Gerais.

- 38. Início de Vigência** – É a data a partir da qual a(s) cobertura(s) proposta(s) será(ão) garantida(s) pela Seguradora.
- 39. Médico Assistente** – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 40. Período de Cobertura** - É o período durante o qual a ocorrência do Sinistro gera para o Beneficiário, ou para o Segurado, o direito à Indenização.
- 41. Prazo de Carência** – É o período, contado a partir do Início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do Sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terão direito à percepção da Indenização.
- 42. Prognóstico** – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 43. Prêmio do Seguro ou Prêmio** - É o valor pago pelo Estipulante à Seguradora para custear o Seguro.
- 44. Proponente** - É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro ou a pessoa física que propõe sua adesão à Apólice e que passará à condição de Estipulante ou Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do Prêmio correspondente.
- 45. Proposta de adesão** - É o documento preenchido e assinado pelo proponente, pessoa física, ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz, quando for o caso, sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.
- 46. Proposta de Contratação** - É o documento preenchido e assinado pelo Proponente a Estipulante, por meio do qual expressa a sua intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.
- 47. Quadro Clínico** – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

- 48. Recidiva** – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 49. Refratariedade Terapêutica** - incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 50. Relações Existenciais** – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 51. Risco Coberto** - É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.
- 52. Riscos Excluídos - São os Eventos previstos nestas Condições Gerais como riscos não cobertos pelo Seguro.**
- 53. Segurado** - É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro
- 54. Seguradora** - É a Bradesco Vida e Previdência S.A., registrada no CNPJ sob o nº 051.990.695/0001-37, que assume os riscos inerentes às coberturas deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais.
- 55. Seguro** - É o Contrato por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir as coberturas contratadas, pagando a Indenização ao Beneficiário ou ao Segurado, caso ocorra o Sinistro coberto.
- 56. Sentido de Orientação** – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 57. Seqüela** – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 58. Sinistro** - É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Beneficiário ou para o Segurado o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais.
- 59. . Transferência Corporal** – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

60. Vigência do Seguro - É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro,

abrangendo o Prazo de Carência, se for o caso, e o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III – COBERTURAS

Cláusula 4ª. As coberturas deste Seguro são aquelas definidas nas Seções I, II, III, IV, V, VI e VII deste Capítulo.

Parágrafo único. A contratação do Seguro deverá abranger, obrigatoriamente, a Cobertura de Morte ou Morte Acidental.

SEÇÃO I – COBERTURA DE MORTE

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 5ª. A Cobertura de Morte garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado Individual, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais no Período de Cobertura.

Subseção II – Riscos Excluídos

Cláusula 6ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte, e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização:

I. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada exceto a prática de esporte e a utilização de meio de transporte mais arriscado;

II. atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes ou administradores do Estipulante, pelo Segurado e pelo Beneficiário ou representante legal de um ou de outro;

III. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

IV. furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

V. 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;

VI. epidemia declarada por autoridade competente; e

VII. suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do risco individual.

SEÇÃO II – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 7ª. A Cobertura de Morte Acidental tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado Individual, caso ocorra a morte do Segurado por causas exclusivamente acidentais durante o Período de Cobertura.

Subseção II – Riscos Cobertos

Cláusula 8ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 1 da Cláusula 3ª, está expressamente coberta a morte acidental decorrente de:

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

II. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

IV. choque elétrico e raio;

V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes

exclusivamente de ferimento visível;

VIII. queda n'água ou afogamento;

IX. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

Subseção III – Riscos Excluídos

Cláusula 9ª. Configuram riscos excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram direito a para o Beneficiário o direito à Indenização:

I. os acidentes ocorridos em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos nos itens da Cláusula 6ª;

II. acidentes e/ou suas consequências ocorridos antes da adesão ao Seguro;

III. acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for a condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

IV. doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de Acidente coberto;

V. as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente coberto;

VI. todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e

VII. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

SEÇÃO III – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 10ª. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado Individual. A indenização será determinada de acordo com a tabela contida na Cláusula 12ª destas Condições Gerais, no caso de Invalidez Permanente por Acidente Pessoal constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento ou após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez.

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Cláusula 11ª. O Capital Segurado Individual desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado Individual a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

Subseção II – Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Cláusula 12ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na **Capital Global**

Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado Individual estipulado para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Invalidez Permanente, Discriminação, % sobre o Capital Segurado

Total, Perda total da visão de ambos os olhos, 100

^, Perda total do uso de ambos os membros superiores, 100

^, Perda total do uso de ambos os membros inferiores, 100

^, Perda total do uso de ambas as mãos, 100

^, Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior, 100

^, Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés, 100

^, Perda total do uso de ambos os pés, 100

^, Alienação mental total e incurável, 100

Parcial Diversas, Perda total da visão de um olho, 30

^, Perda total da visão de um olho,, quando o Segurado já não tiver a outra vista, 70

^, Surdez total incurável de ambos os ouvidos, 40

^, Surdez total incurável de um dos ouvidos, 20

^, Mudez incurável, 50

^, Fratura não consolidada do maxilar inferior, 20

^, Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral, 20

^, Imobilidade do segmento tóraco- lombo- sacro da coluna vertebral, 25

Parcial Membros Superiores, Perda total do uso de um dos membros superiores, 70

^, Perda total do uso de uma das mãos, 60

^, Fratura não consolidada de um dos úmeros, 50

^, Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares, 30

^, Anquilose total de um dos ombros, 25

^, Anquilose total de um dos cotovelos, 25

^, Anquilose total de um dos punhos, 20

^, Perda total do uso de um dos polegares,, inclusive o metacarpiano, 25

^, Perda total do uso de um dos polegares,, exclusive o metacarpiano, 18

^, Perda total do uso da falange distal do polegar, 9

^, Perda total do uso de um dos dedos indicadores, 15

Parcial Membros Superiores, Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios, 12

^, Perda total do uso de um dos dedos anulares, 9

^, Perda total do uso de qualquer falange,, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo, +

Parcial Membros Inferiores, Perda total do uso de um dos membros inferiores, 70

^, Perda total do uso de um dos pés, 50

^, Fratura não consolidada de um fêmur, 50

^, Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros, 25

^, Fratura não consolidada da rótula, 20

^, Fratura não consolidada de um dos pés, 20

^, Anquilose total de um dos joelhos, 20

^, Anquilose total de um dos tornozelos, 20

^, Anquilose total de um quadril, 20

^, Perda parcial de um dos pés,, isto é,, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé, 25

^, Amputação do 1º (primeiro) dedo, 10

^, Amputação de qualquer outro dedo, 3

^, Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a 1/2,, e dos demais dedos,, equivalente a 1/3 do respectivo dedo, +

^, Encurtamento de um dos membros inferiores de:, +

^, – 5 (cinco) centímetros ou mais, 15

^, – 4 (quatro) centímetros, 10

^, – 3 (três) centímetros, 6

^, – menos de 3 (três) centímetros, Sem indenização

Cláusula 13ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Cláusula 14ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

Parágrafo Único. Nos casos não especificados neste Seguro, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Cláusula 15ª. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização

prevista para a sua perda total.

Cláusula 16^a. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Subseção III – Riscos Cobertos

Cláusula 17^a. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 1 da Cláusula 3^a, está expressamente coberta a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ocorrido em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos na Cláusula 8^a.

Subseção IV – Riscos Excluídos

Cláusula 18^a. Configuram riscos excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, por isso, não geram direito ao Segurado o direito à Indenização:

I. os acidentes ocorridos em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos na Cláusula 6^a, exceto suicídio;

II. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1 da Cláusula 3^a;

III. os acidentes ocorridos em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos nos itens da Cláusula 9^a;

IV. perda de dentes e danos estéticos;

V. auto-lesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, exceto tentativa de suicídio após os primeiros dois anos de vigência inicial do Contrato; e

VI. tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de

Vigência do Seguro.

SEÇÃO IV – COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 19ª. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total conseqüente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

Parágrafo único. Para os efeitos do disposto no caput desta cláusula, a "perda da existência independente do Segurado" é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas cláusulas complementares.

Subseção II – Riscos Cobertos

Cláusula 20ª - Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

I - Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

II - Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

III - Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

IV - Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

V - Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que

acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

VI - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

VII - Deficiência visual, decorrente de doença:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

VIII - Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e

IX - Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Cláusula 21ª. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Parágrafo 1º. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

(Anexo 1) e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2).

Parágrafo 2º. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Parágrafo 3º. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Parágrafo 4º. Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

Parágrafo 5º. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Parágrafo 6º. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

Parágrafo 7º. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Subseção III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 22ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização:

I - a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;

II - os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

III – a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata esta Seção:

I - se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for conseqüente de Acidente Pessoal e não de doença;

II – se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos na Cláusula 6a destas Condições Gerais;

III - ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nestas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

SEÇÃO V – COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 23^a. A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal, incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, desde que iniciadas dentro de 30 (trinta) dias contados da data do Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

Parágrafo 2º. A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação de tais serviços ao Segurado.

Parágrafo 3º. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data da sua realização pelo Segurado, atualizadas monetariamente pela Seguradora pelo Índice de Atualização Monetária, aplicado de acordo com o disposto nestas Condições Gerais.

Parágrafo 4º . Se o Segurado participar em mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, o valor do reembolso efetuado pela Seguradora corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

Parágrafo 5º. O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra Indenização de cobertura decorrente de Acidente Pessoal eventualmente contratada.

Subseção II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 24ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 1 da Cláusula 3ª, estão expressamente cobertas as despesas médicas, hospitalares e odontológicas por Acidente Pessoal decorrentes de quaisquer dos Eventos previstos na Cláusula 8ª destas Condições Gerais.

Subseção III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 25ª. Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito ao reembolso:

I – as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido no item 1 da Cláusula 3ª;

II – os eventos previstos na Cláusula 9ª destas Condições Gerais;

III- estados de convalescença (após a alta médica);

IV – despesas efetuadas com acompanhantes do Segurado; e

V – aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

SEÇÃO VI – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

Cláusula 26ª. Esta Cláusula Suplementar tem por objetivo garantir ao Segurado a inclusão de seu cônjuge na Apólice, exclusivamente para efeito da Cobertura de Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a ser realizada de forma automática ou facultativa, conforme estipulado no Contrato de Seguro.

Parágrafo 1º – Pela forma automática, serão incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais.

Parágrafo 2º. – Pela forma facultativa, serão incluídos na Apólice os cônjuges dos Segurados

Principais que assim o autorizarem.

Parágrafo 3º – Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados Principais, se ao tempo da adesão à Apólice o Segurado Principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Parágrafo 4º – O Capital Segurado Individual do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual do Segurado Principal.

SEÇÃO VII - CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

Cláusula 27ª - Esta Cláusula Suplementar tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao cônjuge na situação prevista na Cláusula 26ª, a inclusão de seus filhos menores de 18 (dezoito) anos, exclusivamente para efeito da Cobertura de Morte, a ser realizada de forma automática ou facultativa, conforme estipulado no Contrato de Seguro.

Parágrafo 1º – Pela forma automática, serão incluídos na Apólice os filhos de todos os Segurados Principais e/ou cônjuges na situação prevista na Cláusula 26ª.

Parágrafo 2º – Pela forma facultativa, serão incluídos na Apólice os filhos dos Segurados Principais e/ou cônjuges na situação prevista na Cláusula 26ª que assim o autorizarem.

Parágrafo 3º – Para efeito desta Cláusula, equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal e/ou cônjuge na situação prevista na Cláusula 26ª.

Parágrafo 4º – Não haverá limite de idade para inclusão dos filhos comprovadamente incapacitados para o trabalho em decorrência de deficiência física e/ou mental.

Parágrafo 5º – O Capital Segurado Individual do filho não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual do Segurado Principal e/ou cônjuge.

Parágrafo 6º - A inclusão de filho(s) menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral até o limite do Capital Segurado Individual, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentação com discriminação das despesas realizadas.

Parágrafo 7º - Consideram-se despesas com funeral as havidas com traslado, excluídas as

despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Parágrafo 8º - Quando ambos os cônjuges forem Segurados, o(s) filho(s) somente pode(m) ser incluído(s) uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado Individual, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cobertura.

SEÇÃO VIII – EXCLUSÃO GERAL

Cláusula 28ª – Não haverá garantia de Indenização por qualquer das Coberturas contratadas se o Evento resultar de Risco Excluído, nos termos deste Capítulo, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo X destas Condições Gerais ou regulação em vigor.

SEÇÃO IX – EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO

Cláusula 29ª – Em qualquer das coberturas de que trata este Capítulo, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

SEÇÃO X – ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

Cláusula 30ª – As Indenizações das Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Assim, se depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo Acidente, a Seguradora deduzirá do valor da Indenização devida em razão da morte acidental a importância já paga por invalidez permanente total ou parcial, pagando apenas a diferença, se houver.

Parágrafo único - O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra cobertura deste Seguro.

CAPÍTULO IV – CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Da Proposta de Contratação

Cláusula 31^a. A contratação do Seguro dar-se-á com a aceitação da Proposta de Contratação e emissão da Apólice pela Seguradora, oportunidade em que a Seguradora e o Estipulante firmarão o Contrato de Seguro.

Parágrafo 1º – Recebida a Proposta de Contratação pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, caso a Seguradora sobre ela não se manifesta expressamente perante o Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa, devolvendo integralmente ao Estipulante o valor do Premio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

Parágrafo 2º - A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Contratação, desde que a referida conta seja de titularidade do proponente a Estipulante.

Parágrafo 3º - Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no parágrafo 1º, o valor será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 43^a destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

Parágrafo 4º – O prazo referido no parágrafo 1º será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos ou informações complementares, quando verificar que as informações contidas na Proposta de Contratação são insuficientes para a emissão da Apólice. A solicitação de documentos complementares só poderá ser feita uma vez. A contagem do prazo somente voltará a correr a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação ou informação solicitada.

Parágrafo 5º – Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Estipulante a Apólice de Seguro.

Seção II – Da Proposta de Adesão

Cláusula 32^a – A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Parágrafo 1º - Para inclusão dos Segurados na Apólice, a Seguradora poderá exigir Proposta

de Adesão.

Parágrafo 2º - Somente serão incluídos na Apólice os componentes de Grupo Segurável que, na data de adesão:

I - contarem com boas condições de saúde;

II - estiverem em plena atividade profissional; e

III - constem na Relação de Empregados anexa à Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) relativa ao mês anterior ao do início de Vigência do Seguro, no caso de empregados; ou

IV - constem no Contrato Social ou alteração contratual vigente no mês anterior ao do início de Vigência do Seguro, no caso de sócios e diretores estatutários; ou

V – constem no quadro associativo do Estipulante, no caso de associação.

Parágrafo 3º – O Contrato de Seguro poderá dispor sobre limites de idade para inclusão na Apólice.

Parágrafo 4º – A Seguradora reserva-se o direito de exigir do proponente exame(s) médico(s) e/ou Declaração Pessoal de Saúde para avaliação do risco. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco só poderá ser feita uma vez. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a adesão.

Parágrafo 5º – As doenças ou lesões de conhecimento do Segurado, quando não declaradas na Proposta de Adesão, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Parágrafo 6º – Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Estipulante.

Parágrafo 7º. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 6º desta Cláusula, haverá cobertura do Seguro no período compreendido entre as 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento da 1ª (primeira) parcela do Prêmio e a data da formalização da recusa.

CAPÍTULO V – CAPITAL SEGURADO

Seção I – Valores e Limites do Capital Segurado

Cláusula 33^a. O valor do Capital Segurado Global será aquele estipulado pelas partes, em relação a cada uma das Coberturas contratadas, em expressão da moeda corrente nacional, determinado no momento da contratação do Seguro, devendo constar na respectiva Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

Parágrafo 1^o. O Capital Segurado Individual sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do Grupo Segurado, e será resultado da divisão do Capital Global pelo número comprovado de Segurados da Apólice na data da ocorrência do Sinistro.

Parágrafo 2^o – A Apólice poderá prever uma ou mais classes de Capitais Segurados, cuja escala será fixada de acordo com fatores objetivos disciplinados no Contrato de Seguro.

Parágrafo 3^o. O Capital Segurado Individual relativo aos cônjuges e filhos incluídos na Apólice será determinado de acordo com o disposto no parágrafo 1^o desta cláusula.

Parágrafo 4^o. O valor do Capital Segurado Global será atualizado monetariamente na forma da Cláusula 44^a.

Cláusula 34^a. Para efeito do pagamento da Indenização, considerar-se-á o valor do Capital Segurado em vigor na data de ocorrência do Sinistro.

Parágrafo Único. Para os fins do disposto no *caput* desta cláusula, considera-se data de ocorrência do Sinistro:

I. na Cobertura de Morte: a data da morte do Segurado ou do Cônjuge;

II. Na Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a data do Acidente Pessoal;

III – Na Cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença: a data indicada na declaração médica;

IV – Na Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas: a data da realização da despesa.

CAPÍTULO VI – PRÊMIO

Seção I – Valor do Prêmio

Cláusula 35^a. O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Global estipulado no Contrato de Seguro. Referido valor constará da Proposta de Contratação e da Apólice de Seguro, em expressão da moeda corrente nacional.

§ 1º O valor do Prêmio será atualizado monetariamente na forma da Cláusula 44^a destas Condições Gerais.

§ 2º O valor do Prêmio (taxa do seguro) será reavaliado anualmente com base na sinistralidade do Plano de Seguro. A alteração do Prêmio será realizada por endosso à Apólice em vigor, com anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado, se for o caso.

Seção II – Pagamento do Prêmio

Cláusula 36^a. O Prêmio de Seguro será custeado totalmente pelo Estipulante.

Cláusula 37^a. O pagamento do Prêmio poderá ser feito sob a forma mensal ou anual, , mediante débito do respectivo valor na conta bancária ou Carnê de Cobrança Bancária, conforme opção feita pelo Estipulante na Proposta de Contratação.

Cláusula 38^a. Em cada renovação do Seguro, o pagamento do Prêmio ocorrerá no último dia útil do mês anterior ao do início da nova Vigência para quitação do seu 1º (primeiro) pagamento e as demais mensalidades deverão ser pagas no último dia útil dos meses subsequentes.

Parágrafo Único. Quando se estipular o pagamento do Prêmio sob a forma anual, a quitação do Prêmio ocorrerá no mês anterior ao do início da nova Vigência.

Cláusula 39^a. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 40^a. Quando o Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta bancária, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na Proposta de Contratação não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da

respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento do Seguro, conforme previsto no Capítulo XI destas Condições Gerais.

Seção III – Atraso no Pagamento do Prêmio e Prazo de Tolerância

Cláusula 41ª. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia da data do vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto na Cláusula 43ª destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais, desde que o pagamento dos Prêmios em atraso seja regularizado pelo Estipulante, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no *caput*.

Parágrafo 2º. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XI, sem que seja devida ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) ou ao Estipulante a percepção ainda que proporcional de qualquer Indenização relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou devolução de Prêmios já pagos.

Seção IV – Regime Financeiro

Cláusula 42ª. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de Prêmios pagos pelo Estipulante.

CAPÍTULO VII – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 43ª. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE.

Parágrafo 1º. A atualização de que trata o *caput* desta cláusula será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da

obrigação pecuniária e aquele divulgado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

Cláusula 44ª. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, na renovação do Seguro, com base na variação positiva do IPCA/IBGE acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

Parágrafo 1º – Alternativamente ao critério de atualização de que trata o caput desta cláusula, o contrato de seguro poderá estabelecer cláusula de recálculo do Capital Segurado de acordo com:

I - o índice de reajuste salarial aplicável à folha de salários do estipulante (acordo coletivo); ou

II - o reajuste dos benefícios de aposentadoria e/ou pensão; ou

III - o percentual indicado pelo estipulante para cada uma das categorias de segurados.

Parágrafo 2º – O recálculo de valores segundo os critérios previstos nos incisos I e II do parágrafo 1º deste artigo será realizado nas mesmas épocas dos reajustes.

Parágrafo 3º – O recálculo de valores segundo o critério previsto no inciso III do parágrafo 1º deste artigo será realizado anualmente, na renovação do plano de seguro.

Parágrafo 4º - Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte e invalidez deverão ser atualizados desde a data da última atualização do Prêmio até a data e ocorrência do Evento.

Cláusula 45ª. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o índice substituto determinado pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

CAPÍTULO VIII – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Seção I – Designação de Beneficiário

Cláusula 46ª. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

§ 1º . O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o disposto no art. 793 do Código Civil.

§ 2º Para fins das Coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, o Beneficiário do cônjuge e/ou filho(s) incluídos no Seguro por meio das Cláusulas 26ª e 27ª destas Condições Gerais será o Segurado Principal.

Cláusula 47ª. De acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo Único. Na falta das pessoas de que trata o *caput* desta cláusula, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 48ª. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Parágrafo 1º. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes da ocorrência do sinistro.

Parágrafo 2º. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no parágrafo 1º desta cláusula, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO IX – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

SEÇÃO I – PROCEDIMENTO DE REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO

Cláusula 49ª. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à Cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 50ª. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados na Seção II deste Capítulo, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

Parágrafo Único. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados.

Cláusula 51ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 52ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 53ª. No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da negativa da Indenização, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempassador, se houver divergência.

SEÇÃO II – COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 54ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário ou pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

I. Sinistro de Morte (do Segurado, cônjuge ou filho)

- a) Autorização para Crédito de Indenização em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão de Óbito;
- c) cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;
- d) Laudo de Necropsia ou Exame Cadavérico;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- h) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da aeronave, se o Segurado era piloto na ocasião do acidente;
- i) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- j) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e do comprovante de residência do Beneficiário;
- k) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe;
- l) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida;
- m) Relação de Empregados anexa à GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado forempregado;
- n) contrato social ou alteração contratual vigente do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado for sócio ou diretor estatutário;
- o) comprovante do vínculo associativo com o Estipulante, se for o caso.

II. Sinistro por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Autorização para Crédito de Indenização em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- d) cópia do RG, CPF e o do comprovante de residência do Segurado;
- e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- f) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da aeronave, se o Segurado era piloto na ocasião do acidente;
- g) cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- h) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- i) radiografia do membro atingido, se for o caso;
- j) cópia da Declaração Médica comprovando a invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- k) cópia do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental;
- l) Relação de Empregados anexa à GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês anterior à data do acidente, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de empregados;
- m) contrato social ou alteração contratual vigente do mês anterior à data do acidente, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de sócios;
- n) comprovante de vínculo associativo com o Estipulante, se for o caso.

III) Sinistro por Invalidez Funcional Permanente por Doença

- a) Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

- b) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nestas Condições Gerais;
- d) Relatório do médico-assistente do Segurado:

Indicado o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanente em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- e) Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;
- g) Cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez funcional permanente total por doença com alienação mental;
- h) Relação de Empregados anexa à GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês anterior à data do acidente, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de empregados;
- i) contrato social ou alteração contratual vigente do mês anterior à data do acidente, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de sócios;
- j) comprovante de vínculo associativo com o Estipulante, se for o caso.

IV) Sinistro por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

- a) Autorização para crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- d) Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, ser for o caso;
- f) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente do trabalho;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- h) radiografia do membro atingido, se for o caso;
- i) vias originais dos recibos e comprovantes de pagamentos dos honorários médicos, notas fiscais das despesas médico-hospitalares e da remoção médica, conforme o caso;
- j) Relação de Empregados anexa à GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês anterior à data do acidente, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de empregados;
- k) contrato social ou alteração contratual vigente do mês anterior à data do acidente, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de sócios;
- l) comprovante de vínculo associativo com o Estipulante, se for o caso.

SEÇÃO III – INDENIZAÇÃO

Cláusula 55ª. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata a Seção anterior, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou Beneficiário, conforme permitido pela Cláusula 50^a, parágrafo único, destas Condições Gerais, o prazo de que trata o *caput* desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo 2º. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo para pagamento da Indenização, se for o caso, ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

Parágrafo 3º. O pagamento será feito por meio de cheque nominativo, crédito em conta ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo 4º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta Seção, o Capital Segurado será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 43^a destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

CAPÍTULO X – PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 56^a. Se o Segurado ou Estipulante, por si, seu representante ou Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido de acordo com o art. 766 do Código Civil.

Parágrafo Único. Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. A Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o Seguro, retendo do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, em se tratando de Prêmio anual, ou as mensalidades pagas até o cancelamento, em se tratando de Prêmio mensal;

b) mediante acordo como o Estipulante, optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Estipulante a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

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

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando do Estipulante a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado

a) em caso de morte, pagar a Indenização ao Beneficiário, desde que o Estipulante efetue o pagamento dos Prêmios em atraso.

b) em caso de invalidez permanente total, pagar a Indenização ao Segurado, desde que o Estipulante efetue o pagamento da diferença do Prêmio cabível relativo à referida cobertura e, com relação às demais coberturas, cancelar o Seguro ou, caso opte pela sua continuidade, cobrar do Estipulante a diferença do respectivo Prêmio cabível ou restringi-las para riscos futuros, informando-a e ao Segurado sobre a restrição;

c) em caso de invalidez permanente parcial, pagar a Indenização ao Segurado, desde que o Estipulante efetue o pagamento da diferença do Prêmio cabível, e cancelar o Seguro ou, caso opte pela sua continuidade, cobrar do Estipulante a diferença do Prêmio cabível ou restringir as coberturas para riscos futuros, informando-a e ao Segurado sobre a restrição.

Cláusula 57ª. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização nas seguintes situações:

I. se ele, seu representante ou Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;

II. se ele agravar intencionalmente o Risco Coberto;

III. se ele não comunicar por escrito a Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, se ficar comprovado que silenciou de má fé;

IV. se ele não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba e não tomar as providências imediatas para minorar-lhe as conseqüências;

V. se ele se recusar a apresentar os documentos solicitados pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Estipulante no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Estipulante, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível do Estipulante ou restringindo as coberturas.

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo anterior, se o pagamento do Prêmio for anual, haverá a devolução proporcional do valor pago, mas se o pagamento for mensal, não haverá devolução das mensalidades já pagas sendo devidas pelo Estipulante todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XI – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 58ª. O Seguro será cancelado nas seguintes situações:

I. em caso de solicitação expressa do Estipulante, a qualquer tempo, se o pagamento do Prêmio for anual, ou 30 (trinta) dias antes do vencimento da mensalidade do Prêmio, se o pagamento for mensal;

II. mediante notificação, por escrito, da Seguradora, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias;

III. em caso de tentativa do Estipulante, do Segurado e/ou do Beneficiário impedirem ou dificultarem quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

IV. na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, pelo Segurado ou Beneficiário, com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

V. na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1ª (primeiro) Prêmio não pago; e

VI. na falta de pagamento do Prêmio anual sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia contado a partir do seu vencimento.

Parágrafo único. O Seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, exceto nas hipóteses de cancelamento por falta de pagamento do prêmio.

Cláusula 59ª. No prazo máximo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Estipulante.

Cláusula 60ª. Ocorrendo o cancelamento do Seguro pedido do Estipulante, cujo pagamento do Prêmio seja anual, o Prêmio será restituído proporcionalmente, considerando-se o período de cobertura a decorrer.

Cláusula 61ª. O pagamento, pelo Estipulante, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Estipulante o referido valor.

Cláusula 62ª. As Coberturas relativas às Cláusulas Suplementares de Inclusão do Cônjuge e Filhos serão canceladas, obrigatoriamente, nos seguintes casos:

I. cancelamento do Seguro;

II. exclusão do Segurado Principal do Grupo Segurado;

III. morte do cônjuge ou do(s) filho(s);

IV. morte do Segurado Principal;

V. quando o filho completar 18 (dezoito) anos de idade;

VI. separação judicial ou divórcio; e

VII. perda da condição de companheiro(a).

Cláusula 63ª. As coberturas do Segurado Principal cessarão:

a) com o cancelamento do Seguro, observado o disposto na Cláusula 58ª;

b) na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

c) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; e

d) com a morte do Segurado.

CAPÍTULO XII – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Cláusula 64ª. A Vigência deste Seguro será estipulada no Contrato de Seguro, sempre por prazo determinado, e constará da Apólice de Seguro, com início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data determinada na Apólice, e poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante se manifestarem contrariamente conforme disposto na Cláusula 65ª.

Parágrafo 1º. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa, ocasião em que a Seguradora emitirá e enviada ao Estipulante nova Apólice de Seguro.

Parágrafo 2º. A renovação que não implicar em ônus, dever adicional ou redução dos direitos dos segurados poderá ser realizada diretamente pelo Estipulante.

Parágrafo 3º. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus, dever adicional ou redução dos direitos dos Segurados, deverá haver aprovação de, pelo menos, três quartos do grupo segurado.

Parágrafo 4º. O início de Vigência do risco individual dar-se-á a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data indicada no Contrato de Seguro.

Cláusula 65ª. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de
Capital Global

não renovar o Seguro na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos, nos termos deste Seguro.

Parágrafo Único. Na hipótese prevista no *caput*, a Seguradora deverá comunicar ao Estipulante a não renovação mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final do período de Vigência.

CAPÍTULO XIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 66ª. Qualquer modificação da Apólice será realizada por endosso e aquelas que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerão da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Parágrafo único – As alterações e/ou renovação que não implicar em ônus ou dever aos Segurados poderão ser realizadas diretamente pelo Estipulante.

Cláusula 67ª. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

Cláusula 68ª. 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, ficando a Seguradora responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 69ª. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste Seguro é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 70ª. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 71ª. 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.

Cláusula 72ª. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do

Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 73ª. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

CAPÍTULO XIV – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Cláusula 74ª. Além das obrigações previstas na legislação aplicável, constituem obrigações do Estipulante:

a) o pagamento em dia do Prêmio;

b) o fornecimento da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) devidamente quitada, do Contrato Social e relação de associados, conforme o caso, referente ao mês anterior ao da ocorrência de qualquer Evento coberto por este Seguro, bem como dos demais documentos necessários à pronta regulação e liquidação do Sinistro; e

c) a informação à Seguradora da nova quantidade de vidas por grupo, quando a divisão do Capital Segurado Global daquele grupo pelo número de vidas resultar em valor superior ao limite máximo individual permitido, para fins de recálculo do Prêmio do Seguro.

CAPÍTULO XV – FORO

Cláusula 75ª. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado, com exclusão de qualquer outro.