

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

Condições Gerais

PROCESSO SUSEP: 15414.100997/2003-63

ÍNDICES

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do seguro
2. Definições
3. Garantias do seguro
4. Riscos excluídos
5. Âmbito geográfico de cobertura
6. Aceitação do seguro
7. Beneficiário
8. Capital segurado
9. Custeio do Seguro
10. Regime Financeiro
11. Pagamento do Prêmio
12. Início, Vigência e Renovação da Cobertura Individual
13. Atualização monetária
14. Suspensão e Reabilitação das Coberturas
15. Cessaçãõ da Cobertura Individual
16. Perda dos direitos
17. Vigência e Renovação da Apólice
18. Cancelamento da Apólice
19. Liquidação de Sinistros
20. Modificação de Cláusulas
21. Obrigações do Estipulante
22. Propaganda e Publicidade
23. Prescrição
24. Informações Complementares
25. Foro

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro prestamista tem por objetivo garantir a quitação ou amortização das dívidas assumidas pelo segurado, até o limite do respectivo capital segurado, oriundas de operações de crédito contratadas por pessoa física junto ao Estipulante, observadas as coberturas contratadas e condições gerais, estando a apólice e respectivas coberturas individuais em vigor na data de ocorrência do evento e não se tratando de risco expressamente excluído.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

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

b) **excluem-se desse conceito:**

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

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças

Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo.

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

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

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

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

Boa Fé: princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro.

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

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

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

Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Companheiro(a): Pessoa que se une a outra e que se apresenta à sociedade como se fosse legitimamente casada, formando uma entidade familiar.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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

Contrato: 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.

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

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

Custeio do Seguro: 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.

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

Doenças e Lesões Preexistentes e suas Conseqüências: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite tratamento realizado na contratação do seguro.

Dolo: É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem a prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

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

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante/averbador quando não participar do custeio.

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

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

Foro: Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do segurado e do segurador, decorrentes ou de descumprimento de contrato ou de danos pessoais e/ou materiais causados a terceiros em consequência do uso de seus produtos.

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

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

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

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

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

Médico Assistente:

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

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

Nulidade: Defeito ou vício próprio do ato nulo, do ato que é natimorto e, por isso, não tem qualquer valia jurídica. É portanto, o ato, que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

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

Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio prevista neste item destas Condições Gerais.

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

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

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

Proponente: é a pessoa que propõe sua adesão ao contrato de consórcio do Estipulante e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

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

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

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

Reabilitação do Seguro: é o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da sociedade seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão, desde que previsto nas condições do seguro.

Regulação de Sinistro: trata-se do processo de avaliação dos documentos, das causas, das conseqüências e das circunstâncias do evento coberto e do direito à indenização do sinistro ao beneficiário.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Segurado:

- Será todo proponente, pessoa física ou jurídica conforme definido neste item, a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, que tenha aderido a um Grupo de Consórcio constituído pelo Estipulante, e se encontre, na data da adesão ao Seguro, em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço, em perfeitas condições de saúde e com idade não inferior a 18 (dezoito) anos e não superior a 64 (sessenta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Grupo Segurado da Apólice em decorrência do pagamento dos respectivos prêmios.
- Em caso de proponente pessoa jurídica, desde que a empresa consorciada não participe, ou tenha como sócio qualquer cotista acionista ou preposto(s) do Estipulante, será considerado, para efeito de cobertura do seguro:
 - Quando o segurado (consoziado) for Pessoa Jurídica – Sociedade Anônima, será obrigatória a indicação de um acionista e/ou diretor, observadas as condições de ingresso no seguro;
 - Quando o segurado (consoziado) for Pessoa Jurídica – Limitada, será obrigatória a indicação de um sócio, devidamente identificado no Contrato Social da empresa, observada as condições de ingresso no seguro.

Seguradora: é a Companhia de Seguros Aliança do Brasil S.A., doravante designada sociedade seguradora, que se responsabiliza pela cobertura do seguro, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições.

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

Vigência do Seguro: período de cobertura no qual a apólice do seguro está em vigor.

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

3. GARANTIA DO SEGURO

Cobertura de Morte, Natural ou por Acidente do Segurado (MNA): É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, observada as condições gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:**
- a) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
 - b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
 - c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
 - d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;**
 - e) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SOCIEDADE SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;**
 - f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;**
 - g) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;**

- h) **USO INDEVIDO DE ÁLCOOL, DROGAS E NARCÓTICOS, SALVO OS PRESCRITOS POR UM MÉDICO PROFISSIONAL HABILITADO E CONSUMIDOS DE ACORDO COM TAL PRESCRIÇÃO;**
- i) **INTERVENÇÕES MÉDICAS OU TRATAMENTOS COM DROGAS OU MATERIAIS EXPERIMENTAIS, QUALQUER QUE SEJA A FASE DE DESENVOLVIMENTO DESTES.**

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

4.2.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

- a) **DIRETA OU INDIRETA DE QUAISQUER ALTERAÇÕES MENTAIS CONSEQÜENTES DO USO DE ÁLCOOL, DROGAS, ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;**
- b) **DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**

4.2.2. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

4.2.3. PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

4.2.4. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

4.2.5. CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

4.2.6. CONDUÇÃO DE VEÍCULO SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;

4.2.7. DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

4.2.8. EPIDEMIAS E PANDEMIAS.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 6.1. **A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE SEGURO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**

- 6.2.** Poderá ser aceito como segurado todo o proponente que se encontre, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 18 e 65 anos incompletos.**
- 6.3. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO**
- 6.4.** A inclusão dos componentes do grupo segurado é feita por adesão à apólice de seguro coletiva, através de proposta certificada com declaração pessoal de saúde, e da respectiva aceitação pela sociedade seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 6.5.** O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a sociedade seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 6.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**
- 6.6.** A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 6.7.** Após o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito, em caso de recusa.
- 6.8. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à sociedade seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro, e que, na existência de omissões ou de declarações inverídicas, determinarão a nulidade do contrato, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**
- 6.9.** O pagamento antecipado do 1º (primeiro) prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida Proposta pela Sociedade Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Sociedade Seguradora avaliará o risco.
- 6.10. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Sociedade Seguradora dará cobertura durante o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do pagamento do prêmio antecipado, desde que o proponente esteja em perfeitas condições**

de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Sociedade Seguradora.

- 6.11.** No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Sociedade Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 6.12. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 6.11, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 6.13. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 6.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 6.14. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 6.15.** A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Sociedade Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao Segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total, os capitais segurados de cada garantia contratada, riscos excluídos e documentos necessários para a comprovação do evento coberto (sinistro).

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário, para fins deste Seguro, será o estipulante, até o saldo devedor em qualquer linha de crédito, financiamento ou de arrendamento mercantil de responsabilidade do Segurado, limitado ao capital segurado individual.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** O Capital Segurado corresponderá ao valor do saldo devedor do bem ao qual pertence a cota de um grupo consorciado, sendo apurado mensalmente e ajustado sempre que houver variação do valor do bem.

8.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a) Para as coberturas de morte: a data do falecimento.
- b) Para as coberturas de acidentes pessoais: a data do acidente.

9. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do prêmio do seguro será CONTRIBUTÁRIO, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado.

10. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 11.1. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio Mensal do seguro até a data de seu vencimento.
- 11.2. O prêmio será cobrado individual e mensalmente, juntamente com o pagamento da prestação mensal do consórcio, custeado totalmente pelo Segurado mediante débito em conta corrente, no dia do vencimento da prestação mensal do consórcio.
- 11.3. O pagamento da primeira parcela do Prêmio Mensal se efetivará em data que deverá ser igual ou posterior à data de realização da primeira **Assembléia Geral Ordinária**, em que será constituído o **Grupo de Consórcio** do qual o Segurado for participante.
- 11.4. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
- 11.5. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.6. **NÃO HAVERÁ DEVOÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NOS ITENS 17 E 18.**

- 11.7.** Qualquer indenização deste seguro dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o pagamento do prêmio tenha sido efetuado.
- 11.8.** Admitir-se-á a cobertura do Seguro, em caso de inadimplência de pagamento da parcela mensal do consórcio, antes que se completem, no máximo, 3 (três) parcelas em atraso.

12. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 12.1.** O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Sociedade Seguradora. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Sociedade Seguradora.
- 12.2.** O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva operação de crédito, respeitadas as cláusulas Término da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.
- 12.3.** O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente ao prazo de da operação de crédito junto ao Estipulante, quando o prazo for inferior a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Nas renovações da cobertura individual, o capital segurado será equivalente ao valor saldo devedor do bem ao qual pertence a cota de um grupo consorciado, sendo apurado mensalmente e ajustado sempre que houver variação do valor do bem.

14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 14.1.** Na falta de pagamento de prêmios não haverá suspensão das coberturas do seguro, antes que se opere o cancelamento da cobertura individual, observado o disposto no subitem 14.2.. Dessa forma, estarão cobertos os sinistros ocorridos antes do cancelamento, sem prejuízo do disposto na cláusula de riscos excluídos e no item 14.2, sem o abatimento da indenização dos valores de prêmios pendentes, porém condicionada a cobrança do prêmio devido.
- 14.2. INADIMPLIDAS 3 (TRÊS) PARCELAS CONSECUTIVAS, OU A PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, O SEGURO FICARÁ AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO CANCELADO, NÃO PODENDO MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE**

DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO, DISPOSTO NO ITEM 6 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SEM NENHUM VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

- 14.3.** A Sociedade Seguradora enviará correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio de seguro em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no item 14.2 destas condições gerais.
- 14.4. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.**
- 14.5. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 14.4, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

15. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 15.1. A cobertura de qualquer segurado cessa:**
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências mensais em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;**
 - b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;**
 - c) com a exclusão do segurado da apólice:**
 - pelo pagamento da indenização por Morte;
 - por falta de pagamento da 1ª parcela do seguro, ou de 3 (três) parcelas consecutivas; e
 - na data em que for protocolado na sociedade seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito.
 - d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante;**
 - e) no término do prazo do Grupo de Consórcio;**

- f) em caso de exclusão do Segurado do Grupo de Consórcio;
- g) em caso de dissolução do Grupo de Consórcio;
- h) em caso de cessão do Contrato de Adesão ao Consórcio;
- i) com a quitação total do saldo devedor do Consorciado; e
- j) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

15.2. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16. PERDA DE DIREITOS

16.1. A SOCIEDADE SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO AO ESTIPULANTE, CASO HAJA POR PARTE DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:

- A) 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.
- B) AGRAVO INTENCIONAL DO RISCO;
- C) FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
- D) FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.

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

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

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

- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO 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 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.
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE 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.
- 16.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.
- 16.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.
- 16.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 16.4. 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

17. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 17.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, sendo renovada automaticamente, por uma única vez, por igual período.
- 17.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Sociedade Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.
- 17.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Sociedade Seguradora ou o Estipulante não tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.
- 17.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus ou dever aos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ do grupo.

18. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 18.1. **CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 20 – “MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE”, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA PELA SOCIEDADE SEGURADORA OU PELO ESTIPULANTE, MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS. O CANCELAMENTO SERÁ FEITO MEDIANTE ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.**
- 18.2. **ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 19.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da Aliança do Brasil.
- 19.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado ou beneficiários os documentos elencados abaixo.
- 19.2.1. Documentação para o evento **Morte Natural**:
- Formulário “aviso de sinistro” assinado

- Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Declaração médica, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório
- Documento do Estipulante informando o valor do Bem e o saldo devedor do Segurado na data do evento
- Cópia da Proposta de Adesão ao Consórcio
- CNPJ da BB Consórcios

19.2.2. Documentação para o evento **Morte Acidental:**

- Formulário “aviso de sinistro” assinado
- Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Declaração médica, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Cópia autenticada do Inquérito Policial, não sendo a não apresentação deste, fator impeditivo para encerramento do processo
- Cópia autenticada do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o segurado for o piloto
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
- Cópia autenticada do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento
- Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia
- Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)

- Documento do Estipulante informando o valor do Bem e o saldo devedor do Segurado na data do evento
 - Cópia da Proposta de Adesão ao Consórcio
 - CNPJ da BB Consórcios
- 19.3.** Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 19.4. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SOCIEDADE SEGURADORA.**
- 19.5.** A sociedade seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 19.2.
- 19.6.** A sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 19.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será interrompida a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 19.5 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 19.7. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 19.8. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 19, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 8.2, E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 19.9. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 19.7, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO**

1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

20. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 20.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 20.2. AS ALTERAÇÕES DE QUE TRATA O ITEM 20.1 SERÃO APLICADAS SOMENTE ÀS NOVAS ADESÕES À APÓLICE.**
- 20.3. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO**
- 20.4. A alteração só será válida e eficaz se a Sociedade Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**
- 20.4.1. No caso de aceitar a proposta, a Sociedade Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 20.4.2. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 20.4.3. A sociedade seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- A) FORNECER À SOCIEDADE SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;**
- B) MANTER A SOCIEDADE SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO,**

RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;

- C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER, INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;**
- D) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDO;**
- E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SOCIEDADE SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;**
- F) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;**
- G) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SOCIEDADE SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;**
- H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SOCIEDADE SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;**
- I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;**
- J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAREM IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;**
- K) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO;**
E
- L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SOCIEDADE SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE.**

21.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUB-ESTIPULANTE:

- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SOCIEDADE 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 SOCIEDADE SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

22. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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

23. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

24. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 24.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 24.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 24.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 24.4. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

25. FORO

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

Companhia de Seguros Aliança do Brasil