

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

BB SEGURO VIDA MULHER

Condições Gerais

Processo SUSEP 15414.100069/2003-07

Prêmio Mensal

ÍNDICES**CONDIÇÕES GERAIS**

1. Objetivo do Seguro.....	2
2. Definições.....	2
3. Garantias do Seguro.....	9
4. Riscos Excluídos.....	9
5. Âmbito Geográfico da Cobertura.....	10
6. Carência.....	11
7. Aceitação do Seguro.....	11
8. Beneficiários.....	13
9. Capital Segurado.....	15
10. Custeio do Seguro.....	15
11. Regime Financeiro.....	15
12. Pagamento de Prêmio.....	15
13. Início, Vigência e Renovação da Cobertura Individual.....	17
14. Atualização Monetária.....	17
15. Suspensão e Reabilitação das Coberturas.....	17
16. Cessação ou Cancelamento da Cobertura Individual.....	18
17. Perda de Direitos.....	19
18. Vigência e Renovação da Apólice.....	21
19. Cancelamento da Apólice.....	21
20. Liquidação de Sinistro.....	21
21. Modificação de Cláusulas.....	26
22. Obrigações do Estipulante.....	26
23. Propaganda e Publicidade.....	28
24. Prescrição.....	28
25. Informações Complementares.....	28
26. Foro.....	28

**CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR
ACIDENTE – IPA E INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE IPA**

1. Objetivo do Seguro.....	29
2. Garantias do Seguro.....	29
3. Riscos Excluídos.....	32
4. Capital Segurado.....	32
5. Beneficiários.....	32
6. Pagamento de Prêmio.....	32
7. Liquidação de Sinistro.....	32
8. Disposições Gerais.....	34

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro de pessoas, exclusivo para o público feminino, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização à segurada ou aos seus beneficiários do seguro, conforme o caso, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais em vigor na data da ocorrência do evento, **respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: O 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 consequência DIRETA a morte da segurada ou a invalidez permanente, total ou parcial**, ou que torne necessário tratamento médico, 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 a segurada ficar sujeita, 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, INCLUSIVE OS DECORRENTES DE SEQÜESTROS E SUAS TENTATIVAS, 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 nesta cláusula.

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

Apólice: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pela proponente.

Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: Comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante ou Segurada ou Beneficiário são obrigados a fazer à 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 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. Neste conceito inclui-se a obrigação da segurada de prestar informações verdadeiras e completas na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

Câncer: É a designação genérica de neoplasia maligna, esta caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo.

PARA EFEITO DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER, SÓ ESTARÃO COBERTAS A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO, DESDE QUE, CUMULATIVAMENTE, SEJAM CUMPRIDOS OS SEGUINTE REQUISITOS:

- A) NÃO ESTEJA ABRANGIDA PELO ITEM 5 - RISCOS EXCLUÍDOS, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;**
- B) QUE A NEOPLASIA TENHA O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DA SEGURADA;**
- C) O EVENTO COBERTO OCORRA DEPOIS DE FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DETERMINADO NESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**

Carcinoma in situ: É a neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem.

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

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

Certificado Individual: Documento destinado à segurada, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação da proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Coberturas de Risco: Garantia do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência da segurada a uma data predeterminada.

Colo do útero: É A PARTE MAIS INFERIOR DO ÓRGÃO QUE SE LOCALIZA NO INTERIOR DA VAGINA.

Comoriência: É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

Companheira(o): É a pessoa que convive em união estável, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família. Pessoa que se une a outra e que se apresenta à sociedade como se fosse legitimamente casada, formando uma entidade familiar. Somente é reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher. Não se constitui união estável a relação de pessoas impedidas de se casar. As relações não eventuais entre o homem e a mulher, impedidos de casar, constituem concubinato.

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, quando for o caso de plano coletivo, 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 Seguradora, das seguradas, dos beneficiários e do estipulante.

Contrato de Seguro: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, das seguradas e dos beneficiários.

Corretor: É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Direito Privado.

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

Custeio do Seguro: O custeio será totalmente contributário, ou seja, as seguradas são responsáveis pelo pagamento integral do prêmio.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: É o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual a proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e **sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil.**

Diagnóstico de Câncer: É O CONJUNTO DE MEDIDAS DE ORDEM MÉDICA CAPAZES DE ESTABELECEM A CONFIRMAÇÃO DE UMA DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA (CÂNCER), NOS TERMOS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESSE SEGURO, VOLTADO AO CÂNCER DE MAMA E DE COLO DO ÚTERO.

O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER TERÁ DE ATENDER, INTEGRALMENTE, OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA LITERATURA MUNDIAL E ACEITOS PELAS RESPECTIVAS SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.

Doença Profissional: É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra consequência da atividade profissional desempenhada.

Doenças e Lesões Preexistentes e suas Conseqüências: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pela Segurada, 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 a segurada omite tratamento realizado na contratação do seguro. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

Dolo: É qualquer ato consciente com que alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Na definição jurídica considera-se a vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.

Endosso: Documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

Estádio da Neoplasia: É a fase da evolução de uma neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao prognóstico da doença.

Estipulante: Pessoa física ou jurídica que contrata plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação da segurada, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante/averbador por não participar do custeio do plano.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas:

- a) morte natural ou acidental, nos termos expressos nas condições de cobertura;
- b) diagnóstico de **CÂNCER DE MAMA** ou de **COLO DO ÚTERO**, nos termos expressos nas condições de cobertura.

Exame Anatomopatológico: É o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos na mulher. A parte microscópica também é chamada de exame histopatológico. O exame anatomopatológico é um dos exames de escolha para o diagnóstico de câncer.

Exames de prevenção: São procedimentos de investigação médica capazes de antecipar o diagnóstico de situações clínicas que sejam precursoras de doenças ou mesmo realizar seus diagnósticos precocemente. Para fins aplicados a esta apólice os exames de prevenção mencionados são aqueles capazes de antecipar o conhecimento de lesões que possam estar relacionadas aos cânceres de mama e de colo do útero.

Formulário de Aviso de Sinistro: Documento pelo qual é formalizada comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.

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

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.

Impotência Funcional: É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

Indenização: É o valor a ser pago ao beneficiário pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data da ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Início de Vigência da Cobertura Individual: É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurada.

Mama: É uma glândula localizada na parte frontal do tórax, característica nos mamíferos e que, na fêmea, pode produzir o leite materno.

Médico Assistente:

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

Médico Especialista: É o profissional médico reconhecido segundo critérios estabelecidos e referendados em Resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina, como especialista em um segmento da medicina, chamado de especialidade médica.

Metástase: É o crescimento de uma neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.

Neoplasia: É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.

Neoplasia Benigna: É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.

Neoplasia Maligna: É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.

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

Nulidade: Ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É, portanto o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

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: Prazo de duração da garantia contratada, respeitada as condições contratuais, no qual a segurada 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 a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que a segurada ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.

Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso, prevista no item 4.1 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 e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prêmio Puro: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prognóstico: É a previsão médica da evolução ou de um resultado provável de uma doença que, nos termos dessa apólice de seguros, se faz voltado ao câncer de mama e de colo do útero.

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

Proposta de Adesão: Documento contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que a proponente, pessoa física, 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 a proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas, após aceitação da Seguradora e o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso.

Redução Funcional: É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

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

Regulação de Sinistro: É o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a cobertura, bem como se a segurada cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

Reposição Hormonal: É uma alternativa de tratamento idealizado para promover uma compensação das perdas de produção de certos hormônios na mulher.

Riscos Excluídos: Correspondem aos riscos previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.

Segurada: Pessoa física, do sexo feminino, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: É a Companhia de Seguros Aliança do Brasil S.A., empresa legalmente constituída para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.

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

Vigência do Seguro: É o período fixado para validade do contrato de seguro.

Vigência da Cobertura Individual: Período em que, respeitada a apólice em vigor, a segurada tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

Este seguro oferece duas Garantias Básicas:

- 3.1. Cobertura de Morte Natural ou Acidental (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental da segurada, observadas as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
- 3.2. Cobertura de Diagnóstico de Câncer:** É a garantia de pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico de câncer na segurada, **DESDE QUE:**
- a) O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER SEJA EXCLUSIVO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO;**
 - b) A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DE COLO DO ÚTERO DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE DIAGNOSTICADA EM VIDA;**
 - c) O CÂNCER NÃO DECORRA OU DE QUALQUER MODO NÃO SE RELACIONE COM QUAISQUER ATOS, FATOS OU SITUAÇÕES ABRANGIDOS PELO DISPOSTO NO ITEM 4 - RISCOS EXCLUÍDOS, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;**
 - d) SEJA COMPROVADO QUE O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DA NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO OCORREU EM DATA PORTERIOR AO PRAZO DE CARÊNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS CORRIDOS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA RECONDUÇÃO, NO CASO DE SUSPENSÃO.**
- 3.2.1. SOMENTE HAVERÁ GARANTIA DESTA COBERTURA PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, NA MAMA OU NO COLO DO ÚTERO, CONFORME ALÍNEA “D” DO ITEM 3.2, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTES SEGUROS E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTES SEGUROS OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**
- a) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOÇÃO 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 DA SEGURADA OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
 - d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADA OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
 - e) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
 - f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELA SEGURADA, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO.
- 4.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO:
- a) CARCINOMA IN SITU NO COLO DO ÚTERO;
 - b) NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS DE PELE, NA REGIÃO DAS MAMAS;
 - c) NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS DO TECIDO MAMÁRIO, NA REGIÃO ANATÔMICA DAS MAMAS;
 - d) NEOPLASIAS BENIGNAS DAS MAMAS OU DE COLO DO ÚTERO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

- 6.1. PARA A COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER HAVERÁ CARÊNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS CORRIDOS.
- 6.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA RECONDUÇÃO, NO CASO DE SUSPENSÃO.
- 6.3. DEVERÁ SER COMPROVADO QUE O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DA NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO OCORREU EM DATA POSTERIOR AO TÉRMINO DO PRAZO DE CARÊNCIA.
- 6.4. CASO SEJA DIAGNOSTICADA A NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA OU DE COLO DO ÚTERO DURANTE O PRAZO DE CARÊNCIA, A SEGURADORA ESTARÁ ISENTA DE RESPONSABILIDADE INDENIZATÓRIA E ESTA COBERTURA FICARÁ CANCELADA.
- 6.5. O CANCELAMENTO DA COBERTURA NÃO DÁ DIREITO A DEVOLUÇÃO OU RESGATE DO PRÊMIO PAGO.
- 6.6. ESTE É UM SEGURO DE VIDA COLETIVO, SENDO ESTRUTURADO NO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, CONFORME DESCRITO NO ITEM 11 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. DESSA MANEIRA, NÃO HÁ CONSTITUIÇÃO DE PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, PORTANTO NÃO EXISTE RESERVA TÉCNICA INDIVIDUAL PARA SER DEVOLVIDA EM CASO DE CANCELAMENTO.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ PELA 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.
- 7.2. Poderá ser aceita como segurada, toda a proponente que se esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias.
- 7.3. ESTE PLANO DE SEGURO NÃO É EXTENSIVO AOS CÔNJUGES DAS SEGURADAS TITULARES.
- 7.4. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.
- 7.5. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação do risco pela Seguradora, que será avaliado por meio do preenchimento e assinatura da proposta de adesão pela proponente e declaração pessoal de saúde ou por meio de contratação eletrônica. A Seguradora tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na Seguradora para aceitação ou recusa do risco.

- 7.6. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte ao que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado na Seguradora.
- 7.6.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 7.7. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.8. A data da aceitação da proposta será a do término do prazo de 15 (quinze dias), em caso de ausência de manifestação formal da Seguradora.
- 7.9. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões ou de declarações inexatas de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé da segurada, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro.
- 7.10. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida a Proposta. Durante a avaliação do risco, respeitado os item 7.5 e 7.6, a partir do recebimento da Proposta pela Seguradora com o prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição do item 7.11.
- 7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da proposta pela Seguradora com pagamento de prêmio antecipado, desde que a proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.
- 7.12. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzindo o prêmio “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 7.13. O PRÊMIO A QUE SE REFERE NO ITEM 7.12 SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 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.

- 7.14. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA A DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 7.15. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PROCURAÇÃO.**
- 7.16. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue à Segurada e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual da segurada, o prêmio total, os capitais segurados de cada garantia contratada.**

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. No caso da ocorrência do evento morte da segurada, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pela segurada. Na falta de indicação de beneficiário(s), deverá ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, instituído pela Lei 10.406 de 10.01.2002.**
- 8.1.1. Para efeitos desse seguro, o companheiro será equiparado ao cônjuge no caso da aplicação do art. 792 do Código Civil.**
- 8.1.2. No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pela segurada, ocorrido em data anterior ao óbito da segurada, sem que haja estipulação de cláusula de reversão, a segurada deverá propor nova indicação de beneficiário. Caso não haja a regularização da indicação do beneficiário, será aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil a quota-parte devida ao beneficiário já falecido.**
- 8.2. No caso de Diagnóstico de Câncer, o pagamento da indenização será feito à própria segurada. Caso ela esteja impossibilitada de receber a indenização, o pagamento será feito a quem legalmente a represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.**
- 8.3. Em caso de falecimento da segurada após o diagnóstico do câncer, sem que tenha sido realizado o pagamento da indenização, este será realizado independente do pagamento da cobertura por morte.**
- 8.4. Toda segurada tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.**
- 8.5. A SEGURADA PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA ALIANÇA DO BRASIL E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
- 8.5.1. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.**

- 8.5.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA.**
- 8.5.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 8.6. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DA SEGURADA, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 8.7. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS PELA SEGURADA ULTRAPASSE EQUIVOCADAMENTE 100% (CEM POR CENTO) SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 8.7.1. QUANDO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA APENAS UM DOS BENEFICIÁRIOS, ESSE PERCENTUAL SERÁ MANTIDO. OS 50% (CINQUENTA POR CENTO) RESTANTES SERÃO RATEADOS ENTRE OS DEMAIS BENEFICIÁRIOS, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELA SEGURADA.**
- 8.7.2. QUANDO NÃO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA NENHUM BENEFICIÁRIO, O RATEIO SERÁ EFETUADO OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELA SEGURADA.**
- 8.8. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS NÃO ATINJA 100% (CEM POR CENTO), DEVIDO A EQUÍVOCO DA SEGURADA NA DETERMINAÇÃO DESSES PERCENTUAIS, SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 8.8.1. HAVENDO MAIS DE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO ENTRE ELES, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS ORIGINALMENTE INDICADOS PELA SEGURADA.**
- 8.8.2. HAVENDO SOMENTE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO NOS TERMOS DO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL, BUSCANDO PRESERVAR A MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO SEGURADO.**

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitando os limites estabelecidos.
- 9.2. **CADA SEGURADA SÓ PODERÁ CONTRATAR UM ÚNICO SEGURO, RESPEITANDO O LIMITE MÁXIMO DE CAPITAL SEGURADO POR COBERTURA EM FUNÇÃO DA SUA IDADE.**
- 9.3. O capital segurado inicialmente contratado para cada cobertura não poderá ser aumentado, incidindo, exclusivamente, conforme o previsto no item 14 destas condições contratuais, atualização monetária à época da renovação da cobertura individual.
- 9.4. 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: a data do acidente;
 - c) Para a cobertura de Diagnóstico de Câncer: a data do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

10. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do prêmio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pela segurada.

11. REGIME FINANCEIRO

- 11.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro à segurada, ao beneficiário ou ao Estipulante.
- 11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todas as seguradas do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurada para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade da segurada e do capital segurado na época da contratação do seguro.
- 12.2. **NA RENOVAÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA, O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DA SEGURADA, CONFORME ESTABELECIDO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.**

- 12.3. INDEPENDENTEMENTE DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DISPOSTO NO ITEM ANTERIOR E DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 14 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, O VALOR DO PRÊMIO PODERÁ SER ALTERADO EM FUNÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO SEGURADO, QUANDO DA RENOVAÇÃO DA APÓLICE.**
- 12.4. O valor do prêmio será proporcionalmente reduzido no caso de exclusão da cobertura de diagnóstico de câncer, em razão do pagamento da respectiva indenização ante a sua configuração.
- 12.5. CASO SEJA DIAGNOSTICADA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO DURANTE O PRAZO DE CARÊNCIA, A COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER SERÁ EXCLUÍDA, SENDO O VALOR DO PRÊMIO PROPORCIONALMENTE REDUZIDO.**
- 12.6. CASO SEJA CONSTATADA NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DO COLO DO ÚTERO PREEXISTENTE À DATA DE CONTRATAÇÃO, O SEGURO SERÁ CANCELADO, SEM DEVOLUÇÃO DE PRÊMIO À SEGURADA.**
- 12.7. Para garantir o seu direito à cobertura, a segurada deverá efetuar o pagamento do Prêmio Mensal do seguro até a data de seu vencimento, de acordo com a forma de pagamento selecionada na proposta de adesão.
- 12.8. A segurada poderá optar entre a forma de pagamento por débito em conta corrente ou débito em cartão de crédito comercializado pelo Banco do Brasil S.A.**
- 12.9. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta corrente, a 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal será debitada após respectiva aceitação da proposta pela Seguradora. As parcelas subseqüentes serão debitadas na data de vencimento definida pela segurada na proposta de adesão.
- 12.10. PARA OS CASOS DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO POR FATURA DO CARTÃO DE CRÉDITO, OS PRÊMIOS MENSAIS SERÃO DEBITADOS NO VENCIMENTO DA FATURA DO CARTÃO. NESSE CASO, O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETERÁ A INADIMPLÊNCIA DA SEGURADA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NOS ITENS 15 E 16.**
- 12.11. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA CORRENTE OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA DA SEGURADA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NOS ITENS 15 E 16.**
- 12.12. A qualquer tempo a segurada poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta corrente para cartão de crédito ou vice-versa.
- 12.13. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, a segurada poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subseqüente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.

- 12.14. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.15. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DO(S) PRÊMIO(S) PAGO(S), EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 18.**

13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 13.1. O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora. **No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do prêmio mensal, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.**
- 13.2. 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 apólice, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.
- 13.3. O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1. **OS CAPITAIS SEGURADOS E O PRÊMIO DE CADA SEGURADA SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IGP-M/FGV - ÍNDICE GERAL DE PREÇOS PARA O MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES QUE ANTECEDEM O MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO SEGURO, OU OUTRO ÍNDICE ADMITIDO OFICIALMENTE, QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.**
- 14.2. No caso de extinção do índice acima pactuado será utilizado o IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 15.1. **EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO SERÁ EFETIVADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO.**

- 15.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR A PRIMEIRA, NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER INADIMPLÊNCIA DE DUAS PARCELAS CONSECUTIVAS. DESSA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS ANTES DA SUSPENSÃO DA COBERTURA, SEM PREJUÍZO DO DISPOSTO NA CLÁUSULA 15.4 E, NÃO HAVERÁ ABATIMENTO DA INDENIZAÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIOS PENDENTES.
- 15.3. O PERÍODO DE SUSPENSÃO INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA CONSECUTIVA DO PRÊMIO MENSAL E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DO RECEBIMENTO PELA SEGURADA DE CORRESPONDÊNCIA EMITIDA PELA SEGURADORA INFORMANDO O CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 15.4. A Seguradora enviará correspondência à segurada, em até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação 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 15.5 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS**.
- 15.5. O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO COM O RECEBIMENTO PELA SEGURADA DA CORRESPONDÊNCIA EMITIDA PELA SEGURADORA E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DA PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 7 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA, SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.
- 15.6. 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.
- 15.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.6, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

16. CESSAÇÃO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. A cobertura de qualquer segurada cessa:
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido integralmente pagos;

- b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
- c) com a exclusão da segurada da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte;
 - por falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro ou de 2 (duas) parcelas consecutivas, no caso de prêmio mensal; e
 - na data em que for protocolado na Seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pela segurada, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) com o término do vínculo entre a segurada e o Estipulante; e
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

16.2. Na hipótese da segurada, 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 Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE A SEGURADA AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, A SEGURADA, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):

- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, A SEGURADA OFICA BRIGADA AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.
- B) FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
- C) FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.

17.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 17.1 ALÍNEA “A” NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, O VALOR CALCULADO PROPORCIONALMENTE 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 PARA RISCOS FUTUROS.
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO:
- A) COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL ANTES DE EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO; E
 - B) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO.
- 17.3. A SEGURADA É OBRIGADA A COMUNICAR À SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.
- 17.3.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO, SEM CULPA DA SEGURADA, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO À SEGURADA.
- 17.3.2. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 17.3.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 18.1.** A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.
- 18.1.1.** A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período à Seguradora.
- 18.2.** A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante não tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.
- 18.3.** Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais às seguradas ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de seguradas que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 19.1.** CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 21 – “MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE”, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO ÀS SEGURADAS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.
- 19.2.** ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 20.1.** Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, a segurada ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.
- 20.2.** Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pela segurada ou beneficiários os documentos relacionados abaixo.
- Formulário “aviso de sinistro” assinado

- Cópia autenticada do RG e CPF da segurada
- Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)

20.2.1. Documentação complementar para o evento **Morte Natural:**

- Certidão de óbito da segurada
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s). Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheiro é necessária Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s)
- **Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, enviar à Seguradora os seguintes documentos:**
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos da segurada, nomeando todos os menores
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento(s) deles. Independente da idade do(s) filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) a(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) autenticada(s) do(s) CPF(s).
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da segurada (se for casada, divorciada, separada ou viúva), extraída no cartório após o seu óbito. Caso seja solteira, enviar a Certidão de Nascimento da segurada
 - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheiro
- Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da segurada, com firma reconhecida em cartório.

20.2.2. Documentação complementar para o evento **Morte Acidental:**

- Certidão de óbito da segurada

- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s). Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheiro é necessária Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s)
- **Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, enviar à Seguradora os seguintes documentos:**
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos da segurada, nomeando todos os menores
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento(s) deles. Independente da idade do(s) filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) a(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) autenticada(s) do(s) CPF(s).
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da segurada (se for casada, divorciada, separada ou viúva), extraída no cartório após o seu óbito. Caso seja solteira, enviar a Certidão de Nascimento da segurada
 - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheiro
- Declaração médica, devidamente assinada carimbada e assinada pelo médico assistente da segurada, com firma reconhecida em cartório
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Cópia autenticada do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o segurada for o piloto
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e a segurada for a condutora
- 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 a condutora do veículo for a segurada)

20.2.3. Documentação complementar para o evento Diagnóstico de Câncer:

- Declaração médica em formulário da Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da segurada, contendo o exame anátomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico
- Cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer
- Laudo do perito médico, quando solicitado pela Seguradora
- Cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer

OBS.: O MÉDICO ASSISTENTE NÃO PODERÁ SER MEMBRO DA FAMÍLIA DA SEGURADA.

20.3. 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.

20.4. No caso de divergências sobre o diagnóstico de câncer, a Seguradora poderá propor à segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

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

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

20.6. A RECUSA DA SEGURADA PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.

20.7. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DA SEGURADA OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

- 20.8. A Segurada, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos da Segurada, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para a Segurada por meio de seu médico assistente.**
- 20.9. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 20.2.**
- 20.10. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares, além dos mencionados no item 20.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 20.9 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.**
- 20.11. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 20.12. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.**
- 20.13. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 20, 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 E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 20.14. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 20.15. O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PELA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER EXCLUI ESSA COBERTURA DO SEGURO INDIVIDUAL, REDUZINDO SUA PARTE NO PRÊMIO, MAS NÃO ENCERRA A GARANTIA DAS DEMAIS COBERTURAS DO SEGURO.**

- 20.16.** O pagamento das indenizações pelas coberturas de morte e diagnóstico de câncer se acumulam, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura diagnóstico de câncer, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo evento, a Seguradora responderá também pela indenização relativa à cobertura de morte, observados os termos e disposições destas condições contratuais.

21. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 21.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM AS SEGURADAS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 21.2. PARA AS SEGURADAS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS PARA AS SEGURADAS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADAS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO.**
- 21.3.** Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de seguradas que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 21.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**
- 21.3.2.** No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 21.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 21.3.4.** A Seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- A) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRALIS;**

- B) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DAS SEGURADAS, 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 À SEGURADA, 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 SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;
- F) REPASSAR ÀS SEGURADAS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;
- G) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA A SEGURADA;
- H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
- I) DAR CIÊNCIA ÀS SEGURADAS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
- J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
- K) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO; E
- L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE.

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

- A) COBRAR, DAS SEGURADAS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADAS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;

- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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

24. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

25. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

26. FORO

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

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA E INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE IPA

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de uma indenização à própria segurada, correspondente à perda, à redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão por lesão física, causada em decorrência de acidente pessoal enquadrável nas condições previstas nesta cláusula adicional, **exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que a apólice e a respectiva cobertura individual estejam em vigor na data do evento.**

2. GARANTIAS DO SEGURO

2.1. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente **coberto**, calculado conforme **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 3.3 desta cláusula adicional e **desde que não se trate de risco expressamente excluído, limitado ao valor correspondente a 100% do Capital Segurado relativo a Cobertura de Morte.**

2.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.

2.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente, **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA**, a Seguradora pagará a própria segurada, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no subitem 2.3 desta cláusula adicional.

a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75 %, 50 % e 25%;

- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da segurada, independentemente da sua profissão;
- c) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser 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 da indenização prevista para sua perda total;
- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.

2.2. Cobertura de Indenização Suplementar de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: É a garantia do pagamento de uma indenização adicional, devida em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente, correspondente a 20% do valor da indenização paga para a cobertura de IPA.

2.2.1. A COBERTURA DE INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE SÓ PODERÁ SER CONTRATADA QUANDO A COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL POR ACIDENTE (IPA) FOR CONTRATADA.

2.3. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
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 quando a segurada já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
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 de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS:

3.1.2. 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;

3.1.3. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

3.1.4. PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

3.1.5. 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;

3.1.6. CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data de evento para as coberturas previstas nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da Seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, **a data do acidente**.

4.2. **A reintegração do capital segurado de cada cobertura prevista nesta cláusula adicional é automática após cada acidente.**

5. BENEFICIÁRIOS

Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional a própria segurada, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente a represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

6. PAGAMENTO DE PRÊMIO

A SEGURADA DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE A COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Ocorrendo a invalidez permanente total ou parcial por acidente, coberta pelo seguro, a segurada ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.

- 7.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pela segurada os documentos relacionados abaixo:
- Formulário “aviso de sinistro” assinado
 - Cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro
 - Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
 - Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver)
 - Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e a segurada for a condutora
 - Cópia autenticada do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso
 - 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 a condutora do veículo for a segurada)
 - Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia)
 - Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
 - Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório
- 7.3. O pagamento da indenização para a cobertura **indenização suplementar de IPA** será devido desde que caracterizado o direito da segurada ao recebimento de indenização referente à cobertura de IPA. **O VALOR A SER PAGO CORRESPONDE A 20% DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DEVIDA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.**
- 7.4. **O pagamento da indenização da cobertura suplementar de IPA será realizado conjuntamente com o pagamento da indenização referente a cobertura de invalidez permanente por acidente.**
- 7.5. **A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER A SEGURADA A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.**
- 7.6. **A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA POR DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**

- 7.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada a segurada, a Seguradora poderá propor à segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 7.8. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela segurada e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pela segurada e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pela segurada.
- 7.9. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 7.10. **A RECUSA DA SEGURADA PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 7.11. **A SEGURADA ACIDENTADA DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

APLICAM-SE ÀS COBERTURAS PREVISTAS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL TODOS OS TERMOS E AS DISPOSIÇÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE QUE NÃO CONTRARIEM OS DISPOSITIVOS EXPRESSOS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil