

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

OURO VIDA GARANTIA

Condições Gerais e Particulares

Processo SUSEP Nº. 10.005464/99-42

ÍNDICES**CONDIÇÕES GERAIS E PARTICULARES**

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

CONDIÇÕES GERAIS E PARTICULARES**1. OBJETIVO DO SEGURO**

O presente seguro de pessoas 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, financiamento ou arrendamento mercantil contratadas por pessoa física junto ao Estipulante, observadas as coberturas contratadas e condições gerais, estando à apólice e respectivas coberturas individuais em vigor na data de ocorrência do evento previsto nestas condições gerais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice contratada.

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, 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 dois primeiros 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 escapeamento 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 nesta cláusula.

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.

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 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 de sinistro. No seguro de vida prestamista, os beneficiários dividem-se em:

- **Primeiro Beneficiário:** o estipulante do seguro, até o saldo devedor da linha de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil indicada na proposta, de responsabilidade do Segurado, limitado ao capital segurado individual;
- **Segundo Beneficiário:** o eventual valor da indenização que ultrapassar o saldo devedor da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil será pago pela Sociedade Seguradora ao próprio segurado ou ao beneficiário indicado pelo segurado. Caso não haja indicação de beneficiário, será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente ou a(o) companheira(o) reconhecida(o) como tal e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002.

Boa Fé: princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito, inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

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, 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 sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, 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: o custeio será totalmente contributário, ou seja, aquele em que os Segurados participam no pagamento do prêmio totalmente.

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 que realiza tratamento quando da 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-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.

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

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.

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

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, 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 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.

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.

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.

Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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

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, desde que previsto nas condições do seguro.

Reintegração do Capital Segurado: é o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

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.

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 sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

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

Segurado: pessoa física, 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., 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. GARANTIAS DO SEGURO

Este seguro possui duas garantias básicas:

3.1. 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.

3.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2.1. Para fim deste Seguro, considera-se Invalidez Permanente Total 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 do uso de um membro ou órgão.

3.2.2. 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 Total avaliada quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, descrita no subitem 3.2.4 destas condições gerais.

a) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no item 3.2.4, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado relativo à cobertura básica;

b) 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;

c) A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.

3.2.3. AS INDENIZAÇÕES PELAS COBERTURAS DE MORTE ACIDENTAL E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) NÃO SE ACUMULAM. SE DEPOIS DE PAGA UMA INDENIZAÇÃO POR IPTA, VERIFICAR-SE A MORTE DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DO MESMO ACIDENTE, A SEGURADORA PAGARÁ A INDENIZAÇÃO RELATIVA À MORTE ACIDENTAL, DEDUZIDO O VALOR JÁ PAGO PELA IPTA.

3.2.4. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

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

Invalidez Permanente	Descrição	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total de uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

3.2.5. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA

CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

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, SUBLEVÇÃO 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 NA DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO, E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESAO;**
- 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;**

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. 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, pessoa física que tenha assumido dívida ou compromisso junto ao Conglomerado Banco do Brasil 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 máxima igual a 65 (sessenta e cinco) anos incompletos.**

6.3. Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.

6.4. **A IDADE DO SEGURADO, NA DATA DE CONTRATAÇÃO OU RENOVAÇÃO DO SEGURO, SOMADA AO PRAZO DA OPERAÇÃO DE CRÉDITO NÃO PODERÁ SER SUPERIOR A 70 (SETENTA) ANOS COMPLETOS.**

6.5. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**

6.6. A contratação do seguro se processará através do preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo(s) proponente(s) e da respectiva aceitação pela sociedade seguradora, que tem o prazo

máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.

- 6.7.** 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 o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.
- 6.7.1.** 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.
- 6.8.** A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 6.9.** 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.
- 6.10.** **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 à nulidade do contrato, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**
- 6.11.** O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida a 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.
- 6.12.** **Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Sociedade Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 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.**
- 6.13.** 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.

- 6.14. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 6.13, 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.**
- 6.15. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 6.14, 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 DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 6.16. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 6.17. 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. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. O beneficiário deste seguro será:**

7.1.1. Primeiro Beneficiário: o Estipulante do Seguro até o saldo devedor da operação de crédito especificado na proposta, financiamento ou arrendamento mercantil de responsabilidade do segurado, na data do pagamento da indenização, limitado ao capital segurado individual.

7.1.1.1. Os casos de Operações de Crédito com mais de um mutuário/titular-solidário, a garantia deste seguro cobrirá somente o saldo devedor de responsabilidade do segurado, diretamente proporcional ao número de titulares responsáveis pela dívida, na data do aviso do sinistro.

7.1.2. Segundo Beneficiário: o eventual valor de indenização que ultrapassar o saldo devedor da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil será pago pela Sociedade Seguradora aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na falta de indicação de beneficiários, metade ao cônjuge não separado judicialmente ou à(o) companheira(o) reconhecida(o) como tal e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002,

em caso de morte do segurado, ou ao próprio segurado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

7.1.2.1. No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pelo segurado, ocorrido em data anterior ao óbito do segurado, será aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

7.2. Todo segurado tem o direito de indicar o beneficiário do seguro, observado o disposto no item 7.1.

7.3. O SEGURADO 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.

7.3.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SOCIEDADE SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

7.3.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SOCIEDADE SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.

7.4. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO BENEFICIÁRIO INDICADO, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado corresponderá ao valor contratado pelo Segurado, ou saldo devedor em caso de renovação, e corresponderá ao valor máximo da indenização devido em decorrência de evento coberto.

8.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Sociedade Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural, ou a data do acidente, em caso de morte acidental ou invalidez permanente total por acidente (IPTA).

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. O valor do prêmio será determinado na época da contratação do seguro.
- 11.2. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro até a data de seu vencimento.
- 11.3. O pagamento do Prêmio de Seguro poderá ser único ou fracionado, conforme definido pelo segurado na proposta de adesão.
- 11.4. Quando o prazo da operação de crédito for inferior a 1 (um) ano, o prêmio será calculado “pro rata temporis”.
- 11.5. 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.
- 11.6. O prêmio será pago pelo segurado através do débito automático em conta-corrente.
- 11.7. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.8. **EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 18.**

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 recebidas 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 sendo que essa

somente poderá 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 Cessação 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 da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil 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

Não haverá atualização monetária, entretanto os capitais segurados e prêmios de cada segurado serão determinados conforme o valor da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil.

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 adesão individual, observado o disposto no subitem 14.2. Desta forma, estarão cobertos os sinistros ocorridos antes do cancelamento, sem prejuízo do disposto na cláusula de riscos excluídos e no subitem 14.2, e não haverá abatimento da indenização dos valores de prêmios pendentes.
- 14.2. **Inadimplidas 2 (duas) parcelas consecutivas, ou a primeira parcela do prêmio, o seguro ficará 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 (PRIMEIRO) 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 (primeira) parcela do seguro, ou de 2 (duas) parcelas consecutivas; e
 - na data em que for protocolado na sociedade seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante; e
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

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) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÕES DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICANDO 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 CONSEQUÊNCIAS.**
- 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 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, 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 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. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA 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.**
- 16.3.3. O CANCELAMENTO DO SEGURO PRONEVIENTE DO ITEM 16.1. SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO AO SEGURADO, 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, com renovação automática, 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, deveres adicionais aos segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**

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, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.
- 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.
- 19.3. 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);
 - Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) ou, na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). Se o cônjuge for o beneficiário do seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o), é necessária Declaração que comprove a 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) pelo segurado, enviar à sociedade seguradora os seguintes documentos:
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando todos os menores;
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) do(s) herdeiro(s) legal(is) do segurado;
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do segurado. Caso seja solteiro(a), enviar a cópia autêntica da Certidão de Nascimento do segurado;
 - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheira(o).
- Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

19.3.1. 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);
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) ou, na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). Se o cônjuge for o beneficiário do seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o), 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) pelo segurado, enviar à sociedade seguradora os seguintes documentos:
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando todos os menores;
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) do(s) herdeiro(s) legal(is) do segurado;
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do segurado. Caso seja solteiro(a), enviar a cópia autenticada da Certidão de Nascimento do segurado;
 - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheira(o).
 - Declaração médica, devidamente preenchida, 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 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).

19.3.2. Documentação para o evento Invalidez Permanente Total por Acidente:

- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
 - 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);
 - Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
 - Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
 - 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 o condutor do veículo for o segurado);
 - Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia);
 - 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.
- 19.4.** 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.
- 19.5.** No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, a sociedade seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para perícia médica, com a finalidade de constatar o grau ou permanência da invalidez.
- 19.6.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

- 19.7. A junta médica de que trata no item anterior, será constituído por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 19.8. **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 INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 19.9. **A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 19.10. **O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.**
- 19.11. **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.**
- 19.12. **O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Sociedade Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.
- 19.13. 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 nos itens 19.2.1, 19.2.2 e 19.2.3.
- 19.14. A sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados nos itens 19.2.1, 19.2.2 e 19.2.3, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 19.11 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.

- 19.15. **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.**
- 19.16. **A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.**
- 19.17. **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 E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 19.18. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 19.16, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) 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. **PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS 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 SEGURADO.**
- 20.3. **Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Sociedade**

Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

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

20.3.3. **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.**

20.3.4. 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 ESTABELECIDA;
- 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 À SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO; E
- L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA 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. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, 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 REPRESENTA, 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