

Capítulo I – Objetivo do Seguro
Capítulo II – Definições
Capítulo III – Coberturas
Capítulo IV – Riscos Excluídos
Capítulo V – Contratação do Seguro
Capítulo VI – Capital Segurado
Capítulo VII – Prêmio
Capítulo VIII – Atualização Monetária
Capítulo IX – Designação e Alteração de Beneficiários
Capítulo X – Regulação e Liquidação de Sinistro
Capítulo XI – Perda do Direito à Indenização
Capítulo XII – Cancelamento do Seguro
Capítulo XIII – Excedente Técnico
Capítulo XIV – Vigência e Renovação do Seguro
Capítulo XV – Obrigações do Estipulante
Capítulo XVI – Disposições Gerais
Capítulo XVII – Foro

CAPÍTULO I – OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª. O Seguro Coletivo de Pessoas Bradesco tem por objetivo garantir ao Segurado, ou ao Beneficiário se for o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, desde que observadas as disposições destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares deste Seguro.

Cláusula 2ª. A(s) cobertura(s) prevista(s) nas Cláusulas Complementares deste Seguro é(são) válida(s) para Sinistro ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

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

1. Acidente Pessoal

É 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 ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice;**
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressaltadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.**

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante por meio da Proposta de Contratação.

4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização deste Seguro no caso de morte do Segurado.

5. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado na Apólice para cada uma das coberturas previstas nas cláusulas complementares destas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

7. Cláusulas Complementares

São as cláusulas que especificam as condições e os limites da(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante. As Cláusulas Complementares relativas à(s) cobertura(s) contratada(s) integram as Condições Gerais, complementando-as.

8. Condições Contratuais

É o conjunto das disposições que regem este Seguro, compreendendo as disposições destas Condições Gerais, das Cláusulas Complementares da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante, do Contrato, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

9. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais, incluindo as cláusulas complementares, que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

10. Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

11. Corretor

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

12. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e as de seu cônjuge, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

13. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado antes da data de adesão ao Seguro, que são de seu prévio conhecimento e que, se não forem informadas na Proposta de Adesão, não geram para o Segurado o direito à Indenização.

14. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados.

15. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais e nas suas cláusulas complementares.

16. Franquia

É o período de tempo durante o qual o Segurado ou o Beneficiário não terá direito à Indenização, contado a partir da comprovação do Evento.

17. Grupo Segurado

É o conjunto de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e efetivamente aceitas e incluídas neste Seguro.

18. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e que reúnem as condições para inclusão neste Seguro, de acordo com o disposto no Contrato de Seguro.

19. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, em decorrência de Sinistro coberto por este Seguro.

20. Índice de Atualização Monetária

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas Condições Gerais.

21. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo, compreendido na Vigência do Seguro, durante o qual a ocorrência do Sinistro coberto gera para o Segurado, ou o Beneficiário conforme o caso, o direito à Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

22. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado e o Beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

23. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora para custear este Seguro.

24. Proponente

É a pessoa física vinculada ao Estipulante e interessada em contratar este Seguro, que passará à condição de Segurado uma vez aceita sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

25. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

26. Proposta de Contratação

É o documento preenchido e assinado pelo Estipulante, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual ele expressa a sua intenção de contratar a(s) cobertura(s) deste Seguro, para o fim de garantir os interesses das pessoas físicas integrantes do Grupo Segurável.

27. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais e nas Cláusulas Complementares, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

28. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais e nas Cláusulas Complementares, como riscos não cobertos pelo Seguro.

29. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A., registrada no CNPJ sob o número 051.990.695/0001-27, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares.

30. Segurado

É a pessoa física sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

31. Seguro

É este contrato, regido pelas Condições Contratuais, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a Indenização ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, caso ocorra o Sinistro.

32. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares.

33. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Prazo de Carência e o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III – COBERTURAS

Cláusula 4ª. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es), que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste Seguro, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV destas Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no Capítulo X destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2º. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º desta cláusula, também não haverá garantia de Indenização por determinada cobertura contratada, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto nas respectivas Cláusulas Complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

CAPÍTULO IV – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram direito à Indenização:

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

II. ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

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

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

VI. 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;

VII. Doenças ou Lesões Preexistentes;

VIII. epidemia declarada pela autoridade competente; e

IX. suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro;

Parágrafo 1º. Para efeito das coberturas decorrentes de Acidente Pessoal, além dos eventos de que trata o *caput* desta cláusula, configuram Riscos Excluídos:

I. quaisquer alterações mentais, de forma direta ou indireta, decorrentes da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes;

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

III. acidentes e/ou suas conseqüências ocorridos antes da contratação do Seguro;

IV. todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e

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

Parágrafo 2º. Adicionalmente aos eventos previstos no *caput* e parágrafo 1º desta cláusula, as cláusulas complementares disporão sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

Cláusula 6ª. Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista.

Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Proposta de Contratação e Contrato de Seguro

Cláusula 7ª. A contratação deste Seguro dar-se-á com a aceitação da Proposta de Contratação, oportunidade em que a Seguradora e o Estipulante firmarão o Contrato de Seguro.

Parágrafo Único. Após a assinatura do Contrato de Seguro, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro e a enviará ao Estipulante.

Seção II – Proposta de Adesão do Segurado

Cláusula 8ª. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde, encontrarem-se em plena atividade profissional e contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 65 (sessenta e cinco) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão.

Parágrafo 1º. Para efeito das Coberturas decorrentes exclusivamente de Acidente Pessoal, somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 70 (setenta) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão, observado, ainda, o disposto no *caput* desta cláusula.

Parágrafo 2º. O Contrato de Seguro poderá dispor sobre limites diferenciados, mínimos e máximos, de idade para ingresso no Seguro, para os casos de migração de apólice de outra seguradora.

Cláusula 9ª. A solicitação de adesão das pessoas do Grupo Segurável ao Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, em formulário próprio fornecido pela Seguradora e a ser entregue a ela para análise do risco.

Seção III – Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora

Cláusula 10ª. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

Parágrafo 2º. O prazo referido no parágrafo primeiro será suspenso se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

Parágrafo 3º. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado de Seguro, podendo fazê-lo na pessoa do Estipulante.

Cláusula 11. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.

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

Cláusula 12. Caso não aceite a Proposta de Adesão, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de até 15 (quinze) dias contado do recebimento da Proposta, e devolverá a ele o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de até 10 (dez) dias contado da data da formalização da recusa.

Parágrafo 1º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja do Proponente.

Parágrafo 2º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no *caput*, o valor será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 25 destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base *pro rata* dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

CAPÍTULO VI – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 13. O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

Parágrafo Único. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente ou recalculado conforme disposto na Cláusula 26 destas Condições Gerais.

Cláusula 14. Para efeitos de apuração do valor da Indenização ou do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro, conforme definido nas Cláusulas Complementares em relação a cada cobertura.

CAPÍTULO VII – PRÊMIO

Seção I – Valor do Prêmio

Cláusula 15. O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. O valor do Prêmio poderá ser reajustado de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato.

Parágrafo 2º. Além do reajuste previsto no parágrafo anterior, o valor do Prêmio também será atualizado monetariamente, conforme disposto na Cláusula 26 destas Condições Gerais.

Seção II – Pagamento do Prêmio

Cláusula 16. O Prêmio do Seguro será custeado pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 17. Quando o custeio do Seguro for compartilhado entre Estipulante e Segurados, a parcela do Prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre Estipulante e Segurados, e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos no Contrato.

Cláusula 18. O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal ou anual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 19. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 20. Quando o Segurado e/ou Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Adesão ou Contratação não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento da cobertura, conforme previsto no Capítulo XII destas Condições Gerais.

Cláusula 21. Independentemente do meio de pagamento estabelecido, o Segurado estará sempre obrigado a efetua-lo na data prevista, através de ordem de pagamento bancária ou vale-postal, nas seguintes hipóteses:

I. caso o Estipulante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não efetue o desconto dos Prêmios na folha de pagamento;

II. se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou

III. se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta-corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

Cláusula 22. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados do Segurado em folha de pagamento, tal fato não gerará o cancelamento da Apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa dias), ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Estipulante.

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

Cláusula 23. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento.

Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto na Cláusula 25 destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais e das cláusulas complementares que oferecerem a cobertura para o Sinistro, descontados do respectivo valor os valores dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no *caput* desta cláusula.

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

Seção IV – Regime Financeiro

Cláusula 24. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das Coberturas previstas nas Cláusulas Complementares, o resgate ou a devolução dos Prêmios pagos.

CAPÍTULO VIII – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 25. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

Parágrafo Único. A atualização de que trata o *caput* desta cláusula será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Cláusula 26. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação do IGPM/FGV acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

Parágrafo Único. Alternativamente ao critério de atualização previsto no *caput*, os valores de Capitais Segurados e Prêmios poderão ser recalculados em função de alterações de salário ou proventos dos Segurados, de acordo com o que dispuser o Contrato de Seguro.

Cláusula 27. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, será adotado o índice oficial que o substituí-lo.

CAPÍTULO IX – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I – Designação de Beneficiário

Cláusula 28. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

Parágrafo 1º. O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o art. 793 do Código Civil.

Parágrafo 2º. Havendo mais de um Beneficiário e não tendo o Segurado estabelecido o percentual do Capital Segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.

Cláusula 29. De acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

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

Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 30. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Cláusula 31. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

Parágrafo Único. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no *caput*, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO X – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I – Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 32. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 33. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas Cláusulas Complementares que oferecem a cobertura para o Sinistro em causa, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

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

Cláusula 34. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 35. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 36. Na Regulação e Liquidação de Sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas Cláusulas Complementares.

Seção II – Pagamento da Indenização

Cláusula 37. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação básica que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme permitido pelo parágrafo único da Cláusula 33, o prazo de que trata o *caput* desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário.

Parágrafo 2º. Também deverão ser observadas, com relação ao início da contagem do prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, as disposições das Cláusulas Complementares.

Cláusula 38. O pagamento será feito por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo Único. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta seção, o Capital Segurado será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 25 destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

Cláusula 39. A Seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados pelo Segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela Seguradora, ou quando este ou o Beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do Sinistro.

CAPÍTULO XI – PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 40. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido, de acordo com o disposto no art. 766 do Código Civil.

Parágrafo Único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. Antes da ocorrência do Sinistro:

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

b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

II. Após a ocorrência do Sinistro, com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) cancelar o Seguro após o pagamento da Indenização, retendo do respectivo valor a diferença de Prêmio cabível, calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme aplicável, ou restringindo a(s) cobertura(s) contratada(s) para riscos futuros, comunicando-lhe acerca da restrição.

III. Após a ocorrência de Sinistro, com pagamento integral do Capital Segurado, pagar a Indenização, deduzindo do valor devido a diferença de Prêmio cabível.

Cláusula 41. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização em qualquer das seguintes situações:

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

II. se agravar intencionalmente o Risco Coberto;

III. se não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto;

IV. se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba;

V. se não tomar as providências imediatas para minorar as conseqüências do Sinistro;

VI. se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora; ou

VII. nas situações previstas expressamente nas Cláusulas Complementares como hipótese de perda do direito à indenização relativa à respectiva cobertura.

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

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º desta cláusula, se o pagamento do Prêmio for anual, haverá a devolução proporcional do valor pago, mas se o pagamento for mensal, não haverá devolução das mensalidades já pagas, sendo devidas pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XII – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 42. O Seguro será cancelado, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I. com a morte do Segurado;

II. em caso de solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento da mensalidade do Prêmio;

III. a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;

- IV. em caso de tentativa do Estipulante, do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- V. na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou seu Beneficiário, com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;
- VI. na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;
- VII. na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais não-consecutivos, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 30º (trigésimo) dia, contado a partir do vencimento do 3º (terceiro) Prêmio não pago;
- VIII. com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou
- IX. com o encerramento das atividades do Estipulante.

Parágrafo 1º. O cônjuge incluído no Seguro terá seu risco individual cancelado nas seguintes situações:

- a) cancelamento do Certificado do Segurado;
- b) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado;
- c) quando ocorrer a sua morte;
- d) com a morte do Segurado;
- e) em caso de separação judicial ou divórcio com o Segurado; ou
- f) em caso de perda da condição de companheiro.

Parágrafo 2º. O(s) filho(s) incluído(s) no Seguro terá(ão) seu(s) risco(s) individual(is) cancelado(s) nas seguintes situações:

- a) cancelamento do Certificado do Segurado;
- b) em caso de morte do(s) filho(s);
- c) com a morte do Segurado;
- d) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado; ou
- e) quando ocorrer a cessação da sua condição de dependente do Segurado, na forma da legislação em vigor.

Cláusula 43. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado e ao Estipulante.

Cláusula 44. O pagamento, pelo Segurado e/ou Estipulante, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado e/ou Ex-Estipulante o referido valor.

CAPÍTULO XIII – EXCEDENTE TÉCNICO

Cláusula 45. O Contrato de Seguro poderá prever cláusula de excedente técnico estabelecendo as condições para sua apuração e distribuição ao Estipulante e/ou aos Segurados.

CAPÍTULO XIV – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Vigência, Recondução e Renovação da Apólice

Cláusula 46. A Apólice terá vigência por prazo determinado de 1 (um) ano, podendo ser reconduzida automaticamente, por igual período, uma única vez, exceto se qualquer das partes comunicar por escrito à outra seu desinteresse na recondução, no mínimo 60 (sessenta) dias antes da data do término da vigência.

Parágrafo Único. Se a Seguradora não tiver interesse na recondução da Apólice, também deverá comunicar os Segurados sobre a decisão, no mesmo prazo estabelecido no *caput*.

Cláusula 47. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice no vencimento da Vigência, sem obrigação de devolver os Prêmios pagos nos termos da Apólice.

Parágrafo Único. As renovações da Apólice deverão ser efetuadas de forma expressa.

Cláusula 48. Não havendo recondução, nem concordância entre as partes quanto à renovação da Apólice, o Seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem que caiba a devolução dos Prêmios pagos.

Seção II – Vigência do Risco Individual

Cláusula 49. A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro relativamente a cada Segurado, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do protocolo de recebimento da Proposta de Adesão na Seguradora e cessará com o término da vigência da Apólice, salvo hipótese de cancelamento do Seguro, nos termos do Capítulo XIV destas Condições Gerais.

CAPÍTULO XV – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Cláusula 50. São obrigações do Estipulante:

- I.** Fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessários à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;
- II.** Remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual, mediante recibo que deverá ser enviado à Seguradora;
- III.** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as condições contratuais do Seguro;
- IV.** fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;
- V.** Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia do Contrato de Seguro e destas Condições Gerais com a(s) Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s);
- VI.** Discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;
- VII.** Repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido no Contrato;
- VIII.** Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;
- IX.** Repassar aos Segurados os valores relativos aos Excedentes Técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos Segurados no custeio do Seguro;
- X.** Discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro;
- XI.** Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento;
- XII.** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;
- XIII.** Comunicar à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;
- XIV.** Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- XV.** Obter anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado, para os casos de rescisão, renovação ou alteração do Seguro que implique em ônus ou dever adicional aos Segurados; e
- XVI.** Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no Contrato e nestas Condições Gerais e Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso;

Parágrafo Único. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.

Cláusula 51. É vedado ao Estipulante:

- I. Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- II. fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro;
- III. vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

CAPÍTULO XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 52. Quaisquer alterações pretendidas no Seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.

Parágrafo Único. Qualquer modificação da Apólice que implique em alteração do valor dos Prêmios, ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Cláusula 53. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

Cláusula 54. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 55. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 56. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 57. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Cláusula 58. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 59. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

CAPÍTULO XVII – FORO

Cláusula 60. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, ressalvado o disposto no Contrato de Seguro com relação a eventuais litígios entre Seguradora e o Estipulante.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14

Cobertura de Morte

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo Único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer

qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- III. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV. Declaração de *Causa Mortis* (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;
- V. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- VI. Laudo de Necropsia ou Cadavérico;
- VII. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- VIII. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- IX. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- X. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- XI. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- XII. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e
- XIII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV – CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco
Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14
Cobertura de Morte Acidental

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Morte Acidental, considera-se 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 do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice;**
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.**

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de causa acidental, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do

direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Morte Acidental decorrente de:

- I.* acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II.* acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III.* ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- IV.* choque elétrico e raio;
- V.* contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- VI.* acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII.* infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- VIII.* queda n'água ou afogamento;
- IX.* seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- X.* tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

- I.* Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II.* cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- III.* cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV.* cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- V.* Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- VI.* cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- VII.* cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VIII.* cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- IX.* cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- X.* cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- XI.* cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

XII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.**

Parágrafo 3º. **Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.**

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14 Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, considera-se 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 invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

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

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

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

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

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

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

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

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

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

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

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

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

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

IV. choque elétrico e raio;

V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

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

VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII. queda n'água ou afogamento;

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

X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25	
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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 de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de:	
	– 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	– 4 (quatro) centímetros	10
– 3 (três) centímetros	6	
– menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização	

Cláusula 6ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

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

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 7ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

Parágrafo 1º. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode

exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

Cláusula 8ª. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- V. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VI. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- VII. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- VIII. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- IX. radiografia do membro atingido, se for o caso; e
- X. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 12. No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

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

Cláusula 13. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

Cláusula 14. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 15. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Bradesco Seguro Expresso Cartão de Débito

Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

Índice

Condições Gerais

1. Objetivo do Seguro, Objeto Segurado e Âmbito Geográfico
 2. Aceitação do Seguro
 3. Início e Término do Contrato de Seguro
 4. Alteração do Contrato de Seguro
 5. Rescisão e Cancelamento
 6. Renovação
 7. Limite Máximo de Garantia Por Cobertura Contratada
 8. Franquia Dedutível ou Participação do Segurado nos Prejuízos
 9. Riscos Cobertos
 10. Riscos Excluídos
 11. Prêmio – Pagamento
 12. Sinistro
 13. Forma de Contratação
 14. Concorrência de Seguros
 15. Sub-Rogação de Direitos
 16. Perda de Direitos
 17. Suspensão e Reabilitação da Cobertura
 18. Agravação do Risco
 19. Atualização de Valores e Encargos Moratórios
 20. Estipulante
 21. Reavaliação das Condições e Custo do Seguro
 22. Cessão da Apólice
 23. Avisos e Comunicações
 24. Foro
 25. Prescrição
 26. Glossário de Termos Técnicos
- 2 Condições Gerais - Cartão Débito (última versão)

1. OBJETIVO DO SEGURO, OBJETO SEGURADO E ÂMBITO GEOGRÁFICO

1.1. Objetivo do Seguro

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado relativo a prejuízos pecuniários decorrente de saques ou pagamentos realizados pelo sistema de débito ou transferências de valores através do uso do cartão de débito, de acordo com estas Condições Gerais.

1.2. Objeto Segurado- Bens Cobertos pelo Seguro

Os valores (dinheiro) existentes na conta corrente do Segurado, indicada no Comprovante de Contratação do Seguro.

1.3. Definições

Para efeito deste seguro, considera-se:

- a) Seguro: cobertura individual contratada pelo Segurado;
- b) Segurado: titular do cartão de débito vinculado a conta corrente indicada no Comprovante de Contratação do Seguro;
- c) Cartão de Débito: cartão magnético emitido pelo Estipulante que permite o Segurado movimentar sua conta corrente, respeitadas as condições do contrato de conta firmado entre o Estipulante e o Segurado; e
- d) Estipulante: pessoa jurídica, devidamente identificada na apólice, investida dos poderes de representação do grupo segurado, observados os termos destas Condições Gerais.

1.4. Âmbito Geográfico

As disposições do contrato de seguro aplicam-se, exclusivamente, às perdas e danos ocorridos no território nacional.

2. ACEITAÇÃO DO SEGURO

2.1. Apólice Coletiva

2.1.1. A contratação da apólice coletiva será feita mediante proposta assinada pelo Estipulante, por seu representante legal ou por corretor habilitado, e entregue sob protocolo fornecido pela Seguradora, que:

2.1.1.1. disporá do prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não; e

2.1.1.2. poderá solicitar documentos ou informações complementares para análise e aceitação do risco, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber as informações ou os documentos, observando-se, ainda, que a mencionada solicitação:

- a) somente poderá ocorrer uma única vez caso o proponente seja pessoa física;
- b) poderá ocorrer mais de uma vez caso o proponente seja pessoa jurídica, desde que a Seguradora fundamente o pedido.

2.1.2. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da apólice coletiva.

2.1.3. O início de vigência da apólice coletiva será a partir da aceitação do seguro ou data distinta desde que expressamente acordada entre as partes.

2.1.4. Na hipótese de não aceitação da proposta, a Seguradora fará comunicação formal ao Estipulante apresentando a justificativa da recusa.

2.1.5. O registro deste seguro na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

2.1.6. O Estipulante 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, C.N.P.J. ou C.P.F.

2.1.7. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

2.2. Cobertura Individual

2.2.1. A contratação da cobertura individual de seguro será feita mediante solicitação expressa do proponente.

2.2.2. A aceitação da cobertura individual de seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora, que:

2.2.2.1. disporá do prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não; e

2.2.2.2. poderá solicitar documentos ou informações complementares para análise e aceitação do risco, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber as informações ou os documentos, observando-se, ainda, que a mencionada solicitação:

a) somente poderá ocorrer uma única vez caso o proponente seja pessoa física; e

b) poderá ocorrer mais de uma vez caso o proponente seja pessoa jurídica, desde que a Seguradora fundamente o pedido.

2.2.3. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará aceitação tácita do risco.

2.2.4. O início de vigência da cobertura individual de seguro será a partir da data do recebimento da primeira parcela de prêmio de seguro.

2.2.5. Na hipótese de não aceitação da proposta de cobertura individual de seguro, a Seguradora fará comunicação formal ao Estipulante apresentando a justificativa da recusa.

2.2.6. Caso a proposta de seguro não seja aceita pela Seguradora:

2.2.6.1. a cobertura individual de seguro prevalecerá por mais 2(dois) dias úteis a partir da data da formalização da recusa;

2.2.6.2. a Seguradora devolverá prêmio de seguro, deduzindo a parcela correspondente ao período de cobertura concedido, no prazo de 10 (dez) dias corridos a contar da data da recusa; e

2.2.6.3. em caso de mora da Seguradora, caracterizada pelo não pagamento da devolução devida no prazo definido no item 2.2.6.2, sobre o valor da devolução incidirão a partir da data da formalização da recusa e até o efetivo pagamento:

a) juros de mora à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, calculado em base pro rata dia e considerando-se ano de 360 (trezentos e sessenta) dias; e

b) atualização monetária calculada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - Amplo (IPC-A/IBGE), apurada entre o último índice publicado antes da referida data da formalização da recusa até aquele publicado em data imediatamente anterior à do efetivo pagamento da devolução. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPC-A, a atualização terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE).

2.2.7. O registro deste seguro na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

2.2.8. O Proponente / 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, C.N.P.J. ou C.P.F.

3. INÍCIO E TÉRMINO DO CONTRATO DE SEGURO

3.1. Apólice Coletiva

A apólice coletiva e os endossos iniciam-se e encerram-se às 24 (vinte e quatro) horas dos dias neles indicados, observados os demais termos destas Condições Gerais.

3.2. Toda e qualquer cobertura individual, observados os termos do subitem anterior, iniciar-se-á no período de vigência da apólice coletiva

3.2. Cobertura Individual

A cobertura individual para qualquer Segurado inicia-se a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da primeira parcela do prêmio de seguro, e terminará no mesmo dia e hora do ano subsequente, observando-se os termos do Item 5 – Rescisão e Cancelamento, 11 – Prêmio – Pagamento e Item 17 – Suspensão e Reabilitação da Cobertura – destas Condições Gerais.

4. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

4.1. Quaisquer alterações nas características do risco, bem como nas Condições Contratuais em vigor somente poderão ser feitas mediante pedido assinado pelo Estipulante, por seu representante legal ou por corretor habilitado e entregue sob protocolo fornecido pela Seguradora.

4.1.1. A comunicação de alterações das características do risco deverá ser efetuada de imediato e por escrito, sob pena do Segurado perder o direito à garantia.

4.2. A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recebimento da solicitação de alteração do seguro, para aceitá-la ou não.

4.3. A Seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares para análise e aceitação do pedido de alteração, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber as informações ou os documentos.

4.4. Na hipótese de não aceitação do pedido de alteração de seguro, a Seguradora fará comunicação formal ao Estipulante apresentando a justificativa da recusa.

4.5. As alterações no contrato serão realizadas por meio de aditivo ou endosso com anuência expressa das partes.

5. RESCISÃO E CANCELAMENTO

5.1. Apólice Coletiva - Rescisão ou Cancelamento

A apólice coletiva poderá ser rescindida ou cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, observando-se os termos do Item 20 – Estipulante – destas Condições Gerais. Nesta hipótese, as coberturas individuais permanecerão em vigor até seus respectivos vencimentos.

5.2. Cobertura Individual

5.2.1. Rescisão

a) a cobertura individual poderá ser rescindida a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, sendo devida pelo Segurado, nesta hipótese, a parcela do prêmio proporcional ao prazo efetivo de vigência da cobertura; e

b) na hipótese de devolução de parcela do prêmio, esta será atualizada conforme disposto no Item 19 - Atualização de Valores e Encargos Moratórios - destas Condições Gerais.

5.2.2. Cancelamento

A cobertura individual será automaticamente extinta ou cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial:

a) quando a apólice coletiva for cancelada, conforme disposto no subitem 5.1 do presente item;

b) se esgotar o limite agregado anual, previsto no subitem 7.4 – Limite Agregado Anual do Item 7 - Limite Máximo de Garantia Por Cobertura Contratada – destas Condições Gerais. Nesta hipótese, serão devidas pelo Segurado as parcelas de prêmio relativas aos meses subsequentes à data do cancelamento, as quais serão deduzidas no momento da liquidação do sinistro que esgotou o limite agregado anual;

c) se o cartão de débito, por qualquer motivo, for cancelado;

d) se o Segurado deixar de pagar ao Estipulante o prêmio mensal, conforme previsto no Item 11 - Prêmio – Pagamento - destas Condições Gerais; e

e) se ocorrer o previsto no subitem 5.2.1 precedente ou no Item 16 – Perda de Direitos – destas Condições Gerais.

f) também se dará extinção ou cancelamento automático em outras situações previstas nas demais Condições Contratuais.

6. RENOVAÇÃO

6.1. Apólice Coletiva

A renovação da apólice coletiva não ocorre de forma automática, devendo ser precedida de prévios entendimentos entre Estipulante e Seguradora, mediante apresentação de nova proposta à Seguradora, prevalecendo todos os critérios estabelecidos no Item 2 – Aceitação de Seguro – destas Condições Gerais.

6.2. Cobertura Individual

A renovação da cobertura individual não ocorre de forma automática, prevalecendo todos os critérios estabelecidos no Item 2 – Aceitação de Seguro – destas Condições Gerais.

7. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA POR COBERTURA CONTRATADA

7.1. Entende-se como Limite Máximo de Garantia por Cobertura Contratada (LMGCC) o valor máximo a ser pago pela Seguradora, resultante de determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência da cobertura individual nos termos do Item 9 – Riscos Cobertos – destas Condições Gerais.

7.2. O Limite Máximo de Garantia contratado para a cobertura individual será aquele indicado no Comprovante de Contratação do Seguro, independentemente do tipo de conta corrente do Segurado, não representando, em qualquer hipótese, pré-avaliação do interesse segurado.

7.3. O valor máximo da indenização a que o Segurado terá direito, com base nas Condições Contratuais, não poderá ultrapassar o valor do interesse segurado no momento do sinistro, independentemente de qualquer disposição constante destas Condições Contratuais.

7.4. Limite Agregado Anual

Não obstante o disposto no subitem 7.1 precedente, o total máximo indenizável pela cobertura individual durante a sua vigência anual é de 3 (três) vezes o Limite Máximo de Garantia estipulado para a cobertura, esgotado esse valor, verifica-se o cancelamento da cobertura individual nos termos da alínea “b” do subitem 5.2.2 – Cancelamento do Item 5 - Rescisão e Cancelamento - destas Condições Gerais.

8. FRANQUIA DEDUTÍVEL OU PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO NOS PREJUÍZOS

Não haverá a aplicação de franquias dedutíveis ou participação do Segurado nos prejuízos indenizáveis pela cobertura individual.

9. RISCOS COBERTOS

9.1. A cobertura individual garante até o Limite Máximo de Garantia contratado os prejuízos pecuniários em decorrência de roubo do cartão de débito ou coação para os seguintes eventos: saques ou pagamentos pelo sistema de débito em conta ou transferências de valores da conta do Segurado para conta de terceiros.

9.2. Estarão abrangidas pela cobertura individual as ocorrências na data de comunicação do fato (roubo do cartão ou coação) ao Estipulante e nos 3 (três) dias anteriores a essa comunicação.

9.3. Definições:

Para efeito deste seguro, considera-se:

a) roubo: subtração mediante grave ameaça ou violência contra a pessoa ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência; e

b) coação: emprego de força física contra o próprio Segurado, compelindo a praticar certo ato de maneira irresistível e insuperável. Para seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto aplica-se aos Sócios Controladores, aos seus Dirigentes e Administradores Legais, aos seus respectivos Representantes Legais.

10. RISCOS EXCLUÍDOS

A Cobertura Individual não garante prejuízos por perdas e danos em consequência de, ou para os quais tenham contribuído:

- a) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro. Para seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto aplica-se aos Sócios Controladores, aos seus Dirigentes e Administradores Legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos Representantes Legais;
- b) cartão de debito perdido, roubado ou extraviado enquanto estiverem sob responsabilidade de empresas transportadoras, correios, ou ainda cartões que não foram distribuídos pelo Estipulante;
- c) clonagem do cartão de debito e qualquer forma de fraude eletrônica (movimentações pela internet);
- d) coação em que o Segurado não seja a própria vítima, mesmo que a pessoa portadora do cartão de debito tenha sido por ele autorizada a utilizá-lo, inclusive outro titular da conta conjunta se for o caso. Para seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto aplica-se aos Sócios Controladores, aos seus Dirigentes e Administradores Legais, e seus respectivos Representantes Legais;
- e) dano moral de qualquer natureza, ainda que decorrente de eventos garantidos por este seguro;
- f) danos causados ao cartão de debito, independente do fato gerador de sua inutilização, inclusive o custo para confecção de outro cartão de debito;
- g) danos estéticos de qualquer natureza, ainda que decorrente de eventos garantidos por esta cobertura;
- h) fraude ou tentativa de fraude, simulando um evento ou agravando as suas conseqüências para obter indenização;
- i) multa ou despesas de qualquer natureza imposta ao Segurado, inclusive juros e outros encargos financeiros;
- j) para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causadas direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente (Exclusão de Cobertura para Atos Terroristas);
- k) perda, extravio, desaparecimento e furto do cartão de debito;
- l) prejuízos provenientes de lucros cessantes ou outros prejuízos conseqüentes; e
- m) quaisquer danos a terceiros ou ônus decorrentes.

10.1. Clausula de Interpretação de Datas por Equipamentos Eletrônicos:

Fica entendido e acordado que este seguro não cobre qualquer prejuízo, dano, destruição, perda ou reclamação de responsabilidade, de qualquer espécie, natureza ou interesse, desde que devidamente comprovado pela Seguradora, que possa ser, direta ou indiretamente, originado de, ou consistir em:

- a) falha ou mal funcionamento de qualquer equipamento ou programa de computador ou sistema de computação eletrônica de dados em reconhecer ou corretamente interpretar ou processar ou distinguir ou salvar qualquer data como real e correta data de calendário, ainda que continue a funcionar corretamente após aquela data; e
- b) qualquer ato, falha, inadequação, incapacidade, inabilidade ou decisão do Segurado ou de terceiros, relacionado com a não utilização ou não disponibilidade de qualquer propriedade ou equipamento de qualquer tipo, espécie ou qualidade, em virtude do risco de reconhecimento, interpretação ou processamento de datas de calendário. Para todos os efeitos, entende-se como equipamento ou programa de computador os circuitos eletrônicos, microchips, circuitos integrados, microprocessadores, sistemas embutidos, hardware (equipamentos computadorizados), software (programas utilizados ou a serem utilizados em equipamentos computadorizados), firmware (programas residentes em equipamentos computadorizados), programas, computadores, equipamentos de processamento de dados, sistemas ou equipamentos de telecomunicações ou qualquer outro equipamento similar, sejam de propriedade do segurado ou não.

A presente cláusula é abrangente e derroga inteiramente qualquer dispositivo do contrato de seguro que com ela conflite ou que dela divirja.

11. PRÊMIO – PAGAMENTO

- a) O custeio da cobertura individual é contributária, isto é, os Segurados pagam integralmente o prêmio de seguro mensalmente, de acordo com o valor previsto no Comprovante de Contratação do Seguro;
- b) O prêmio da cobertura individual será pago em 12 (doze) parcelas mensais e sucessivas, sendo a 1ª (primeira) parcela paga no ato da contratação do seguro;
- c) A forma de cobrança das demais parcelas será a de débito automático em conta corrente do Segurado no mesmo dia dos meses subseqüentes. Quando a data do débito coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento da parcela ocorrerá no primeiro dia útil seguinte, sem que o direito a indenização fique prejudicado;
- d) Decorrida a data estabelecida para o débito automático, conforme alínea “c” precedente, sem que tenha sido quitado o respectivo débito, observando-se os termos do Item 17 – Suspensão e Reabilitação da Cobertura – destas Condições Gerais, a cobertura individual ficará automaticamente suspensa, e na hipótese de ocorrência de sinistro o Segurado ficará sem direito a receber a indenização;
- e) O recolhimento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do Estipulante, devendo o repasse a Seguradora ser efetuado até o 10º (décimo) dia útil do mês subseqüente ao pagamento do prêmio de seguro pelo Segurado, acompanhado da relação nominal dos Segurados e respectivos: C.P.F, valores dos prêmios individuais e nº da conta corrente;
- f) Desde que os prêmios individuais tenham sido recebidos pelo Estipulante conforme disposto na alínea “c”, fica entendido e ajustado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo previsto na alínea “e” de repasse a Seguradora, sem que ele se ache efetuado, o direito do Segurado a indenização não ficará prejudicado;
- g) Fica, ainda, entendido e ajustado que, o não repasse dos prêmios pelo Estipulante à Seguradora, no prazo previsto na alínea “e”, acarretará o cancelamento da cobertura individual dos Segurados sujeitando o estipulante às cominações legais;
- h) Não haverá cobrança de custo de apólice e o Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), na forma da legislação em vigor, incidirá sobre o valor de cada parcela, devendo ser pago juntamente com ela;
- i) Não haverá a aplicação de taxa de juros sobre o fracionamento do prêmio; e
- j) A presente cláusula prevalece sobre quaisquer outras condições que dispuserem em contrário.

11.1. Devolução de Prêmio

Na hipótese do Segurado pagar indevidamente qualquer valor relativo a prêmio, o mesmo será devolvido pela Seguradora, deduzidos os emolumentos e atualizado, conforme disposto no Item 19 – Atualização de Valores e Encargos Moratórios - destas Condições Gerais.

11.2. Desistência

O Segurado poderá solicitar o cancelamento da cobertura individual, por desistência de sua contratação, até 7 (sete) dias após o recebimento do Comprovante de Contratação do Seguro no endereço de correspondência informado por ele. Neste caso, será devolvido pela Seguradora o prêmio pago, deduzido os emolumentos e atualizado, conforme disposto no Item 19 – Atualização de Valores e Encargos Moratórios - destas Condições Gerais.

12. SINISTRO

12.1. Aviso de Sinistro

12.1.1. Sob pena de perder direito à indenização, o Segurado, seu preposto ou representante deverá comunicar ao Estipulante tão logo saiba, a ocorrência de sinistro ou de qualquer fato que possa originar responsabilidade em relação ao seguro contratado, devendo tomar imediatamente todas as providências ao seu alcance para minorar as suas conseqüências. Tratandose de aviso verbal, este deverá ser confirmado por escrito, a fim de dar efetivo cumprimento ao disposto nesta cláusula.

12.1.2. Para ter direito à indenização o Segurado deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro facultando à Seguradora a plena elucidação da ocorrência e prestando-lhe a assistência que

se fizer necessária para tal fim, bem como entregar ao Estipulante a seguinte documentação básica à Regulação de Sinistro:

- a) carta comunicando formalmente o sinistro, com data da ocorrência, descrição detalhada da ocorrência e número da apólice de seguro;
- b) documentação policial (laudo do exame pericial, boletim da ocorrência e aditamentos, inquérito policial, depoimentos, arquivamento, etc.);
- c) documento de identificação (R.G. ou outro), do C.P.F e de comprovante de residência;
- d) extratos bancários validados pelo Banco, devendo estar indicado os lançamentos que não são reconhecidos pelo Segurado como movimentação própria, ou seja os lançamentos que se deram em virtude do fato (coação) que produziu o evento reclamado e amparado pela cobertura individual.

12.1.3. O não cumprimento do disposto nos subitens anteriores exime a Seguradora de qualquer responsabilidade pelos prejuízos ocorridos.

12.1.4. A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquérito ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro.

12.1.5. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro correrão por conta do Segurado, salvo se diretamente realizadas pela Seguradora.

12.2. Pagamento da Indenização

12.2.1. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente contrato de seguro, contados a partir da data do recebimento pela Seguradora dos documentos básicos previstos no subitem 12.1.2, ressalvado o disposto no subitem a seguir.

12.2.2. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos ou informações complementares ao Segurado, em casos de dúvida fundada e justificada, o prazo mencionado em 12.2.1 será suspenso e reiniciado sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

12.2.3. Em caso de mora da Seguradora, aplicar-se-á o disposto no Item 19 – Atualização de Valores e Encargos Moratórios - destas Condições Gerais.

12.3. Indenização - Forma de Pagamento

A indenização devida por este seguro será realizada através de depósito em conta corrente do Segurado.

12.4. Redução e Reintegração

Paga qualquer indenização o respectivo Limite Máximo de Garantia contratado não será reduzido de valor equivalente ao da indenização paga, a partir da data do sinistro, devendo, entretanto, ser observado o disposto no subitem 7.4 - Limite Agregado do Item 7 - Limite Máximo de Garantia Por Cobertura Contratada – destas Condições Gerais.

13. FORMA DE CONTRATAÇÃO

A cobertura individual será concedida sob a condição de Primeiro Risco Absoluto, não haverá, portanto, qualquer aplicação de rateio. Neste caso a Seguradora responderá pelo prejuízo indenizável até o Limite Máximo de Garantia contratado.

14. CONCORRÊNCIA DE SEGUROS

14.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as sociedades seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

14.2. O prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) despesas, comprovadamente, efetuadas pelo segurado durante e / ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;

b) valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e / ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades seguradoras envolvidas.

14.3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:

a) despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo segurado durante e / ou após a ocorrência do sinistro;

b) valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo segurado e /ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa; e

c) danos sofridos pelos bens segurados.

14.4. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

14.5. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I. será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado, limite máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio;

II. será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:

a) se, para uma determinada apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.; e

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste artigo. ;

III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II;

IV. se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver; e

V. se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

14.6. A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade seguradora na indenização paga.

14.7. Salvo disposição em contrário, a sociedade seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

15. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

15.1. Paga a indenização, a Seguradora sub-roga-se, nos limites do valor respectivo, nos direitos e ações que competem ao Segurado contra o autor do dano.

15.2. Considera-se ineficaz nos termos do Artigo 786 do Código Civil, qualquer ato do Segurado, de seus prepostos ou de seus representantes que diminua ou extinga o direito da Seguradora à subrogação.

16. PERDA DE DIREITOS

Além dos casos previstos em lei ou nas Condições Contratuais deste seguro, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se:

16.1. A reclamação indicada no Item 12 - Sinistro - destas Condições Gerais for fraudulenta ou de má-fé;

16.2. O Segurado, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do seguro a que se refere o seguro;

16.3. O Segurado, por si ou por seu representante ou corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do Seguro ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido, proporcional mente ao tempo decorrido de contrato. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do segurado, serão adotadas as seguintes condições:

16.3.1. Na hipótese de não ter ocorrido sinistro, a Seguradora terá direito a cancelar a cobertura individual, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível; e

16.3.2. Na hipótese de ter ocorrido sinistro:

a) sem pagamento de indenização integral, a Seguradora terá direito a cancelar a cobertura individual, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;

b) com pagamento de indenização integral, a Seguradora terá direito a cancelar a cobertura individual, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível; e

c) para fins do disposto nas alíneas anteriores, entende-se como indenização integral àquela que representa o Limite Máximo de Garantia por Cobertura Contratado.

16.4. O Segurado deixar de cumprir qualquer das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais deste seguro.

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA

17.1. Fica reservado à Seguradora o direito de a qualquer momento da vigência da apólice coletiva ou da cobertura individual, mediante notificação prévia, suspender a cobertura no caso de ser constatada qualquer situação grave ou de iminente perigo ou que não tenham sido tomadas pelo Segurado, após sua constatação, as providências cabíveis ou recomendáveis para sanar tal situação. Havendo a suspensão da cobertura será devolvido ao Segurado o prêmio correspondente ao período em que a cobertura ficou suspensa, na base pro-rata temporis, atualizado conforme disposto no Item 19 - Atualização de Valores e Encargos Moratórios - destas Condições Gerais.

17.2. Na hipótese do não pagamento do prêmio mensal na respectiva data limite prevista no Item 11 – Prêmio – Pagamento – destas Condições Gerais, ficará caracterizada a suspensão da cobertura individual a partir da data-limite e por um prazo máximo de até 3 (três) meses. Devendo ser observadas as seguintes condições:

a) a Seguradora estará isenta de responsabilidade quanto ao pagamento de indenização durante o período de suspensão da cobertura, mesmo que o prêmio em atraso venha a ser quitado após a ocorrência de sinistro;

b) se durante o período de suspensão da cobertura o Segurado efetuar o pagamento da totalidade do prêmio em atraso, a cobertura ficará reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do efetivo pagamento; e

c) decorrido o prazo máximo de suspensão sem que seja efetuado o pagamento dos prêmios mensais vencidos, a cobertura individual ficará extinta ou cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

18. AGRAVAÇÃO DO RISCO

18.1. Agravação do Risco - Independente da Vontade do Segurado

18.1.1. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito, ao Estipulante, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

18.1.2. O Estipulante, também deverá comunicar imediatamente o fato, por escrito a Seguradora, que poderá cancelar ou restringir a cobertura individual mediante comunicação escrita ao Estipulante, dentro de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação. Neste caso, o cancelamento do contrato dar-se-á ao final do período em que o Segurado já tenha pago o prêmio mensal.

18.1.3. Caso a Seguradora decida aceitar o risco agravado, comunicará sua decisão, por escrito, ao Estipulante, informando-o do acréscimo de prêmio correspondente. Nesta hipótese, caberá ao Segurado manifestar ao Estipulante, por escrito, sua decisão de manter ou não o seguro, no prazo máximo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação, sob pena do cancelamento automático do contrato.

18.2. Agravação do Risco - Por Deliberação do Segurado

Dar-se-á automaticamente o cancelamento da garantia, objeto do contrato, na hipótese de o Segurado agravar o risco por deliberação própria.

19. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ENCARGOS MORATÓRIOS

19.1. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pelo pagamento da indenização devida após o decurso do prazo definido nas condições contratuais, incidirão sobre o seu valor:

a) juros de mora à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, calculado em base "pro rata dia" e considerando o ano de 360 (trezentos e sessenta) dias, aplicados no período compreendido entre a data da exigibilidade da obrigação e a data de seu efetivo pagamento; e

b) atualização monetária calculada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPC-A/IBGE), apurada entre o último índice publicado antes da data de sua exigibilidade até aquele publicado em data imediatamente anterior à do seu efetivo pagamento.

Na falta, extinção ou proibição de uso do IPC-A, a atualização terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE).

Caracterizada a mora da Seguradora, considerar-se-á a data de exigibilidade a data da ocorrência do sinistro.

19.2. Qualquer pagamento de prêmio em atraso será efetuado pelo valor do prêmio vencido, com os seguintes acréscimos:

a) multa de 2% (dois por cento) aplicada de uma só vez, a partir do primeiro dia de atraso, inclusive; e

b) juros de mora à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, calculados em base "pro rata dia" e considerando o ano de 360 (trezentos e sessenta) dias, aplicados no período compreendido entre a data da exigibilidade da obrigação e a data de seu efetivo pagamento.

19.3. Nos casos de devolução de prêmio, a atualização de valores será aplicada a partir da data da exigibilidade conforme abaixo:

Situação	Data-Base da Exigibilidade
Cancelamento do contrato a pedido do Segurado	Considerar-se-á a data de recebimento pela Seguradora do pedido formal do Segurado ou do efetivo cancelamento, quando posterior. Neste caso, cabe a atualização da diferença de prêmio a ser devolvida e juros de mora após decorrido o prazo de 30 dias.
Cancelamento do contrato ou suspensão de cobertura por iniciativa da Seguradora	Considerar-se-á a data do efetivo cancelamento ou suspensão. Neste caso, cabe a atualização da diferença de prêmio a ser devolvida e juros de mora após decorrido o prazo de 30 dias.
Devolução de Prêmio pago indevidamente ou por Desistência de Contratação	Considerar-se-á a data do efetivo pagamento, cabendo apenas a atualização do prêmio a ser devolvido, sem juros de mora., desde que a devolução ocorra no prazo de até 30 dias.

20. ESTIPULANTE

20.1. Obrigações

Constituem obrigações do Estipulante:

- a) compromete-se a fornecer à Seguradora contratos e quaisquer outros documentos que lhe sejam solicitados com referência ao seguro;
- b) comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- c) comunicar de imediato à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- d) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- e) discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- f) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança;
- g) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- h) fornecer à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- i) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- j) informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.
- k) manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- l) no caso de sinistro, obriga-se a comprovar se o bem estava segurado na data da ocorrência do sinistro;
- m) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração; e
- n) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.

20.2. Vedações

É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- c) rescindir ou alterar o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado; 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.

20.3. Direito de Controle

O Estipulante confere a Seguradora o direito de controlar a exatidão de suas informações, bem como o cumprimento das demais obrigações fixadas nas presentes Condições Contratuais, comprometendo-se a facilitar à mesma, por todos os meios a seu alcance, as verificações que se fizerem necessárias, para comprovação da massa de cartões de débitos ativos e dos procedimentos envolvendo a apuração dos prejuízos, de acordo com estas Condições Contratuais.

20.4. Obrigação da Seguradora

A Seguradora é obrigada a informar ao Segurado a situação de inadimplência do Estipulante, sempre que lhe solicitado.

21. REAVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES E CUSTO DO SEGURO

A Seguradora reserva-se o direito de proceder à reavaliação das condições contratuais e custo do seguro:

- a) quando da renovação anual da apólice coletiva, sendo válido para todo o grupo segurado; ou
- b) a qualquer tempo caso venha à relação Sinistro / Prêmio atinja 50% (cinquenta por cento), sendo aplicado às novas coberturas individuais a partir da data fixada para a alteração.

22. CESSÃO DA APÓLICE

Salvo prévia e expressa concordância da Seguradora, o contrato de seguro (apólice coletiva ou cobertura individual) não poderá ser transferido a terceiros.

23. AVISOS E COMUNICAÇÕES

23.1. Estipulante

23.1.1. As comunicações legais e as previstas nestas Condições Contratuais deverão ser feitas por escrito e entregues, mediante protocolo, a quaisquer das sucursais da Seguradora (para o caso de alterações das Condições Contratuais só com a concordância de ambas as partes). Os endereços das sucursais e outras informações poderão ser obtidos por meio de telefonema à central de atendimento da seguradora, pelo número amplamente divulgado ao público.

23.1.2 Não é permitida a presunção de que a seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem do Comprovante de Contratação do Seguro, apólice, seus anexos, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma do item 23.1.1.

23.2. Segurado

As comunicações legais e as previstas nestas Condições Contratuais deverão ser feitas mediante notificação ao Estipulante.

24. FORO

Fica eleito o foro da comarca do Segurado, dentro do território Brasileiro, para dirimir as questões oriundas deste contrato de seguro entre o Segurado e a Seguradora.

25. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados por lei.

26. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Para efeito deste seguro entender-se-á, em caráter geral, por:

Aceitação do Risco: ato de aprovação pela Seguradora de proposta de seguro efetuada pelo Proponente para cobertura de seguro de determinado(s) risco(s), após análise do risco.

Agravação do Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independentes ou não da vontade do Segurado.

Apólice: contrato de seguro que discrimina o bem ou interesse segurado, as coberturas contratadas, e direitos e obrigações do Segurado e da Seguradora.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

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

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Caso Fortuito: acontecimento imprevisto e independente da vontade humana cujos efeitos não são possíveis evitar ou impedir.

Causa: acontecimento que deu origem a um sinistro.

Condição Particular ou Cláusulas Particulares: conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais ou Especiais do seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

Cobertura: garantia de compensação ao Segurado pelos prejuízos decorrentes da efetivação do sinistro previsto no contrato de seguro.

Condições Contratuais: representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e / ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas da apólice que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Comprovante de Contratação do Seguro: instrumento que formaliza o interesse do Proponente em contratar o seguro, emitido pelo Estipulante.

Corretor de Seguro: profissional habilitado pela SUSEP e autorizado a angariar e promover contratos de seguros.

Co-Seguro: operação que consiste na repartição de um mesmo risco, de um mesmo Segurado, entre duas ou mais Seguradoras, sem responsabilidade solidária entre si.

Emolumentos: conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

Endosso (ou aditivo): documento através do qual a Seguradora e o Segurado acordam a alteração do contrato de seguro.

Especificação da Apólice: documento que faz parte integrante da apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado.

Estipulante: Toda pessoa física ou jurídica que contrata seguros por conta de terceiros, podendo, eventualmente, assumir a condição de beneficiário.

Evento: todo e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

Força Maior: acontecimento inevitável e irresistível, ou seja, evento que poderia ser previsto, porém não controlado ou evitado.

Indenização: valor devido por força de sinistro coberto, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Limite Máximo de Garantia da Cobertura contratada.

Limite Máximo de Garantia Por Cobertura Contratada: valor máximo a ser pago pela Seguradora com base na apólice, resultante de determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência da apólice e garantidos pela cobertura contratada.

Liquidação de Sinistro: processo para pagamento de indenizações ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de Sinistros.

Negligência: omissão, descuido ou desleixo no cumprimento de encargos ou obrigações.

Objeto do Seguro: designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos ou garantias.

Prejuízo: qualquer dano ou perda sofrida pelos bens ou interesses segurados.

Prêmio: preço do seguro, ou seja é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.

Pro Rata: método de calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando este for realizado por período inferior a um ano e sempre que não cabível o cálculo pela tabela de prazo curto.

Proponente: pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro junto a Seguradora.

Reclamação: apresentação pelo Segurado a Seguradora do seu pedido de indenização.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimento realizado, na ocorrência de um sinistro, para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

Risco: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro.

Segurado: pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável contrata o seguro, em seu benefício ou de terceiros.

Seguradora: Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

Seguro a Primeiro Risco Absoluto: aquele em que a seguradora responde pelos prejuízos, até o montante do limite máximo de garantia da cobertura contratado, não se aplicando, em qualquer hipótese, rateio.

Seguro: contrato pelo qual uma das partes (a Seguradora) se obriga, mediante recebimento de prêmio, a indenizar outra (o Segurado ou o Beneficiário por este indicado) por eventuais prejuízos conseqüentes da ocorrência de determinados eventos, desde que amparados pelas condições contratuais.

Sinistro: ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que cause prejuízos ao Segurado.

Sub-Rogação: direito que a lei confere ao Segurador, que pagou a indenização ao Beneficiário, de assumir seus direitos contra terceiros, responsáveis pelos prejuízos.

Vigência: período de tempo fixado para validade do seguro ou cobertura.