

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

BB SEGURO VIDA MULHER

Condições Gerais e Particulares

Processo SUSEP 15414.100069/2003-07

ÍNDICES**CONDIÇÕES GERAIS E PARTICULARES**

1. Objetivo do Seguro.....	2
2. Definições.....	2
3. Garantias do Seguro.....	8
4. Riscos Excluídos.....	9
5. Âmbito Geográfico da Cobertura.....	10
6. Carência.....	10
7. Aceitação do Seguro.....	11
8. Beneficiários.....	12
9. Capital Segurado.....	13
10. Custeio do Seguro.....	14
11. Regime Financeiro.....	14
12. Pagamento de Prêmio.....	14
13. Início, Vigência e Renovação da Cobertura Individual.....	15
14. Atualização Monetária.....	16
15. Suspensão e Reabilitação das Coberturas.....	16
16. Cessação da Cobertura Individual.....	17
17. Perda de Direitos.....	17
18. Vigência e Renovação da Apólice.....	19
19. Cancelamento da Apólice.....	19
20. Liquidação de Sinistro.....	20
21. Modificação de Cláusulas.....	24
22. Obrigações do Estipulante.....	25
23. Propaganda e Publicidade.....	27
24. Prescrição.....	27
25. Informações Complementares.....	27
26. Foro.....	28

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

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

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

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

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

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

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

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem

como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

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

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

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

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

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

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

Câncer: é a designação genérica de neoplasia maligna, caracterizada pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano.

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

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

Carcinoma in situ: é a presença de células malignas, confinadas somente ao epitélio de revestimento, não ultrapassando ou invadindo os limites da membrana basal epitelial.

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

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

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

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

Colo do útero: é a região do útero localizada em seu terço externo, em comunicação com a cavidade vaginal, sendo a porção mais externa do útero.

Companheira(o): pessoa que se une a outra e que se apresente à sociedade como se fosse legitimamente casada, formando uma entidade familiar.

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

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

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

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

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

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

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

Deficiência Funcional: é a falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

Diagnóstico Anátomo-Patológico: é o diagnóstico baseado nos achados obtidos nos exames macroscópico e microscópico do espécime avaliado realizado por médico especialista.

Diagnóstico de Câncer: É A CONSTATAÇÃO DE CÂNCER NA SEGURADA, EXCLUSIVO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO, REALIZADO EM VIDA NA SEGURADA, EFETUADA POR EXAME MICROSCÓPICO DE TECIDO FIXO AFETADO PELA MOLÉSTIA, SENDO O DE MAIOR IMPORTÂNCIA O ANÁTOMO-PATOLÓGICO, ALÉM DE EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA. O DIAGNÓSTICO DADO PELO PATOLOGISTA SERÁ CONSIDERADO VÁLIDO, PARA FINS DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DESDE QUE PRECEDIDO DE EXAME HISTOLÓGICO MINUCIOSO DO TUMOR MALIGNO, OU DO TECIDO COLETADO, EM QUE EFETIVAMENTE SE EVIDENCIE A EXISTÊNCIA DO CÂNCER.

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

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

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

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

Estadio da Neoplasia: situação clínica em que se encontra o paciente portador de neoplasia, baseada nas dimensões da tumoração, presença de metástases em nódulos linfáticos e metástases em outros tecidos à distância e que determina a conduta e prognóstico da doença.

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

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas:

a) cobertura básica: morte natural ou acidental, nos termos expressos nas condições de cobertura;

b) cobertura diagnóstico de câncer de mama ou de colo do útero, nos termos expressos nas condições de cobertura.

Exames de prevenção: são exames realizados na paciente para diagnóstico precoce de neoplasias malignas e de doenças predisponentes ao desenvolvimento de neoplasias malignas.

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

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

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

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

Indenização: é a importância a ser paga pela sociedade seguradora à segurada ou aos beneficiários do seguro, conforme o caso, do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.

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

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

Mama: é o órgão glandular, em número de dois no ser humano, localizado na parede torácica anterior, característico dos mamíferos, e que na fêmea produz o leite.

Médico Assistente:

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

Médico Especialista: é o profissional que se dedica com exclusividade a determinado ramo da medicina e que detenha título de especialista reconhecido pelo MEC, associações ou sociedades médicas para este fim reconhecidas pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina na referida área de atuação.

Metástase: presença de tecido neoplásico maligno em localização diferente à lesão primária inicial, do mesmo tipo histológico, que surge em decorrência da disseminação do tumor primário, através da corrente sanguínea ou linfática.

Neoplasia: doença caracterizada pela proliferação anormal de células, tumoral ou não, de caráter benigno ou maligno.

Neoplasia Benigna: proliferação anormal de células de diversos tipos de tecidos, que não apresentam potencial de disseminação para outros locais que não o de origem, através de corrente sanguínea ou linfática, não causando metástases e apresentando características celulares benignas, confirmadas através de estudos anátomo-patológicos.

Neoplasia Maligna: proliferação anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou através dos vasos linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando metástases e que apresenta características celulares e anátomo-patológicas, macroscópicas e microscópicas de neoplasia maligna.

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

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

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

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

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

Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso, prevista no item 4.1 destas Condições Gerais.

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

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

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

Prognóstico: é o parecer médico, baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas, acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Proponente: pessoa física, do sexo feminino, interessada em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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

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

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

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

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

Reposição Hormonal: é o tratamento realizado com hormônios, com o objetivo de repor as perdas dos níveis hormonais, que ocorre na mulher, decorrente de desequilíbrio ou insuficiência de produção hormonal.

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

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

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

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

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

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

3. GARANTIAS DO SEGURO

Este seguro oferece duas Garantias Básicas:

- 3.1. Cobertura de Morte, Natural ou por Acidente da Segurada:** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, em caso de morte natural ou acidental da segurada, observadas as condições gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.
- 3.2. Cobertura de Diagnóstico de Câncer:** é a garantia de pagamento de 100% do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de câncer na segurada, desde que:
- a) O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER SEJA EXCLUSIVO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO;**
 - b) A NEOPLASIA MALIGNA, DE MAMA OU DE COLO DO ÚTERO DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE DIAGNOSTICADA EM VIDA;**
 - c) O CÂNCER NÃO DECORRA OU DE QUALQUER MODO NÃO SE RELACIONE COM QUALQUER DOS ATOS, FATOS OU SITUAÇÕES ABRANGIDOS PELO DISPOSTO NO ITEM 5 - RISCOS EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS E PARTICULARES;**
 - d) A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO DEVERÁ TER O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DA SEGURADA E FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS CORRIDOS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL CONSTANTE DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.**
- 3.2.1. SOMENTE HAVERÁ GARANTIA DESTA COBERTURA PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, NA MAMA OU NO COLO DO ÚTERO, CONFORME ALÍNEA D ACIMA, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE PARA OS EFEITOS DESTE SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:**
- a) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**

- b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DA SEGURADA NA DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
- d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADA, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
- e) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SOCIEDADE SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
- f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELA SEGURADA, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;

4.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO

- a) CARCINOMA IN SITU NO COLO DO ÚTERO;
- b) NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS DE PELE, NA REGIÃO DAS MAMAS;
- c) NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS DO TECIDO MAMÁRIO, NA REGIÃO ANATÔMICA DAS MAMAS;
- d) NEOPLASIAS BENIGNAS DAS MAMAS OU DO COLO DO ÚTERO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

Para a cobertura de Diagnóstico de Câncer haverá carência de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir da data de início de vigência individual constante no certificado individual, devendo ser seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início de vigência da cobertura individual da segurada.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. **A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE SEGURO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 7.2. Poderá ser aceita como segurada, toda a proponente que se encontre, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 65 (sessenta e cinco) anos incompletos.**
- 7.3. **ESTE PLANO DE SEGURO NÃO É EXTENSIVO AOS CÔNJUGES DAS SEGURADAS TITULARES.**
- 7.4. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 7.5. A contratação do seguro se processará através do preenchimento e assinatura da proposta de adesão pela proponente, ou por meio de contratação eletrônica, contendo a declaração pessoal de saúde e de atividade e da respectiva aceitação pela sociedade seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 7.6. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a sociedade seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.
- 7.6.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 7.7. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.8. Após o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito, em caso de recusa.
- 7.9. **Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à sociedade seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro, e que, na existência de omissões ou de declarações inverídicas, determinarão a nulidade do contrato, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**
- 7.10. O pagamento antecipado do 1º (primeiro) prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida Proposta pela Sociedade Seguradora, com

todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Sociedade Seguradora avaliará o risco.

- 7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Sociedade Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do pagamento do prêmio antecipado, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Sociedade Seguradora.**
- 7.12.** No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Sociedade Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 7.13. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 7.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 7.14. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA A DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 7.15. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 7.16.** A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Sociedade Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue à Segurada e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual da segurada, o prêmio total, os capitais segurados de cada garantia contratada, riscos excluídos e documentos necessários para a comprovação do evento coberto (sinistro).

7. BENEFICIÁRIOS

- 8.1.** No caso da ocorrência do evento morte da segurada, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, ou na falta de indicação de beneficiário(s), metade ao cônjuge não separado judicialmente ou ao companheiro reconhecido como tal e o restante aos herdeiros legais,

obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002.

- 8.1.1. No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pelo segurado, ocorrido em data anterior ao óbito do segurado, será aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.
- 8.2. No caso de Diagnóstico de Câncer, o pagamento da indenização será feito à própria segurada. Caso a mesma se encontre impossibilitada de receber a indenização, o pagamento será feito a quem legalmente a represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.
- 8.3. Em caso de falecimento da segurada após o diagnóstico do câncer, sem que tenha sido realizado o pagamento da indenização, este reverterá metade ao cônjuge não separado judicialmente ou ao companheiro reconhecido como tal e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002.
- 8.4. Toda segurada tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.
- 8.5. **A SEGURADA PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA ALIANÇA DO BRASIL E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
 - 8.5.1. **QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SOCIEDADE SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA.**
 - 8.5.2. **EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SOCIEDADE SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 8.6. **EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DA SEGURADA, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME ESTABELECIDO NO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.**

8. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitando os limites estabelecidos.

- 9.2. CADA SEGURADA SÓ PODERÁ CONTRATAR UM ÚNICO SEGURO, RESPEITANDO O LIMITE MÁXIMO DE CAPITAL SEGURADO POR COBERTURA EM FUNÇÃO DA SUA IDADE.**
- 9.3.** O capital segurado inicialmente contratado para cada cobertura não poderá ser aumentado, incidindo, exclusivamente, conforme o previsto no item 14 destas condições gerais e particulares, atualização monetária à época da renovação da cobertura individual.
- 9.4.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
- a) Para a cobertura de morte: a data do falecimento, em caso de morte natural, ou a data do acidente, em caso de morte acidental;
 - b) Para a cobertura de diagnóstico de câncer: a data do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

10.CUSTEIO DO SEGURO

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

11.REGIME FINANCEIRO

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

12.PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade da segurada e do capital segurado na época da contratação do seguro.**
- 12.2. Na renovação do seguro de cada segurada e sem prejuízo da atualização monetária prevista, o valor do prêmio será reajustado em função do reenquadramento de taxas por mudança de idade da segurada, conforme estabelecido nas condições contratuais específicas ou particulares.**
- 12.3. Independentemente do reenquadramento de taxas por mudança de idade disposto no item anterior e da atualização monetária prevista no item 14 destas condições gerais, o valor do prêmio poderá ser alterado em função da experiência do grupo segurado, quando da renovação da apólice.**
- 12.4.** O valor do prêmio será proporcionalmente reduzido no caso de exclusão da cobertura de diagnóstico de câncer, em razão do pagamento da respectiva indenização ante a sua configuração.
- 12.5.** Caso seja diagnosticado o câncer da neoplasia maligna de mama ou da neoplasia maligna de colo do útero durante o período de carência, a cobertura

de diagnóstico de câncer será excluída, sendo o valor do prêmio proporcionalmente reduzido.

- 12.6. Caso seja constatada a preexistência à data da contratação do seguro do diagnóstico de câncer da neoplasia maligna de mama ou da neoplasia maligna de colo do útero, o seguro será cancelado, sem devolução de prêmio à segurada.
- 12.7. Para garantir seu direito à cobertura, a segurada deverá efetuar o pagamento do Prêmio Mensal do seguro até a data de seu vencimento.
- 12.8. A forma de cobrança será através de débito automático em conta-corrente, em data definida pela segurada na proposta de adesão, ou débito em cartão de crédito, na data de vencimento da fatura, conforme opção definida pela segurada na proposta de adesão.
- 12.9. A primeira parcela do prêmio mensal será debitada após a respectiva aceitação pela sociedade seguradora para os casos de opção pelo débito automático em conta corrente.
- 12.10. Para os casos de opção pelo pagamento através dos cartões de crédito, a primeira parcela do prêmio mensal será debitada no vencimento da fatura do cartão de crédito.
- 12.11. **PARA OS CASOS DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO ATRAVÉS DOS CARTÕES DE CRÉDITO COMERCIALIZADOS PELO BANCO DO BRASIL S.A., O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETERÁ A INADIMPLÊNCIA DA SEGURADA.**
- 12.12. A qualquer tempo a segurada poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta corrente para cartão de crédito ou vice-versa.
- 12.13. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, a segurada poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
- 12.14. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.15. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 18.**

13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 13.1. O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Sociedade Seguradora. No caso de propostas recebidas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Sociedade Seguradora.

- 13.2.** O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva apólice, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.
- 13.3.** O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1.** Os capitais segurados e os prêmios de cada segurada serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 14.2.** No caso de extinção do índice acima pactuado será utilizado o IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 15.1.** Na falta de pagamento de prêmios não haverá suspensão das coberturas do seguro, antes que se opere o cancelamento da adesão individual, observado o disposto no item 15.2. Desta forma, estarão cobertos os sinistros ocorridos antes do cancelamento, sem prejuízo do disposto na cláusula de riscos excluídos e no item 15.2, e não haverá abatimento da indenização dos valores de prêmios pendentes.
- 15.2. INADIMPLIDAS 2 (DUAS) PARCELAS CONSECUTIVAS, OU A PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO, NÃO PODENDO MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DA PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 7 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SEM QUE ISSO IMPLIQUE QUALQUER ESPÉCIE DE VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.**
- 15.3.** A Sociedade Seguradora enviará correspondência a segurada, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio de seguro em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no item 15.2 destas condições gerais.

- 15.4. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.
- 15.5. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.4, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. A cobertura de qualquer segurada cessa:
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências mensais em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
 - b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
 - c) com a exclusão da segurada da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte;
 - por falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro, ou de 2 (duas) parcelas consecutivas; e
 - na data em que for protocolado na sociedade seguradora o pedido de cancelamento feito pela segurada, desde que por escrito e devidamente assinado.
 - d) com o término do vínculo entre a segurada e o Estipulante; e
 - e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

17. PERDA DE DIREITOS

- 17.1. A SOCIEDADE SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, CASO HAJA POR PARTE DO ESTIPULANTE, DA SEGURADA, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:
- A) FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICARÁ PREJUDICADO O DIREITO À INDENIZAÇÃO, ALÉM DE ESTAR A SEGURADA OBRIGADA AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.

- B) AGRAVO INTENCIONAL DO RISCO;
 - C) FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
 - D) FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 17.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DA SEGURADA, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ:
- I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
 - A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
 - II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
 - A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO À SEGURADA OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.
 - III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, EFETUANDO O PAGAMENTO E DEDUZINDO DO SEU VALOR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.
- 17.3. A SEGURADA É OBRIGADA A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

17.3.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, SEM CULPA DO SEGURADO, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO À SEGURADA, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.

17.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.

17.3.3. O CANCELAMENTO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

18.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.

18.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Sociedade Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período à Segurada.

18.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Sociedade Seguradora ou o Estipulante não tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

18.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais às seguradas ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de seguradas que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

19.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 21 – “MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE”, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO

PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO ÀS SEGURADAS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

- 19.2. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 20.1.** Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, a segurada ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da Aliança do Brasil.

- 20.2.** Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pela segurada ou beneficiários os documentos elencados abaixo.

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

- Formulário “aviso de sinistro” assinado
- Certidão de óbito da segurada
- Cópia autenticada do RG e CPF da segurada

- Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) ou, na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). Se o cônjuge for o beneficiário do seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheiro, é necessária Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s)
- Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, enviar à sociedade seguradora os seguintes documentos:
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos da segurada, nomeando todos os menores
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) do(s) filho(s) e/ou herdeiros legais da segurada

- ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casada, divorciada, separada ou viúva), extraída no cartório após o óbito da segurada. Caso seja solteira, enviar a Certidão de Nascimento da segurada
- ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheiro
- Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da segurada, com firma reconhecida em cartório.

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

- Formulário “aviso de sinistro” assinado
- Certidão de óbito da segurada
- Cópia autenticada do RG e CPF da segurada
- Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s) ou, na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). Se o cônjuge for o beneficiário do seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s)
- Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, enviar à sociedade seguradora os seguintes documentos:
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos da segurada, nomeando todos os menores
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) do(s) filho(s) da segurada
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casada, divorciada, separada ou viúva), extraída no cartório após o óbito da segurada. Caso seja solteira, enviar a Certidão de Nascimento da segurada
 - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheiro

- Declaração médica, devidamente assinada carimbada e assinada pelo médico assistente da segurada, com firma reconhecida em cartório
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Cópia autenticada do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o segurada for o piloto
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e a segurada for a condutora
- Cópia autenticada do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento
- Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia
- Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se a condutora do veículo for a segurada)

20.2.3. Documentação para o evento Diagnóstico de Câncer:

- Formulário “aviso de sinistro” assinado
- Cópia autenticada do RG e CPF da segurada
- Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Declaração médica em formulário da sociedade seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da segurada, contendo diagnóstico anátomo-patológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico
- Cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer
- Laudo do perito médico, quando solicitado pela sociedade seguradora
- Cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer

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

- Laudo de perito médico, quando solicitado pela sociedade seguradora

20.3. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

- 20.4.** No caso de divergências sobre o diagnóstico de câncer, a sociedade seguradora poderá propor à segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 20.5.** A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pela segurada e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pela segurada e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pela segurada.
- 20.5.1. O NÃO COMPARACIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 20.6. A RECUSA DA SEGURADA PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 20.7. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DA SEGURADA OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SOCIEDADE SEGURADORA.**
- 20.8. A Segurada, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Sociedade Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos da Segurada, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para a Segurada através de seu médico assistente.
- 20.9. A sociedade seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas nos itens 20.2.1, 20.2.2 e 20.2.3.**
- 20.10.** A sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares, além dos mencionados nos itens 20.2.1, 20.2.2 e 20.2.3, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 20.9 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do

prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

- 20.11. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 20.12. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.**
- 20.13. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 20, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 20.14. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 20.15. O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PELA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER EXCLUI ESSA COBERTURA DO SEGURO INDIVIDUAL, REDUZINDO SUA PARTE NO PRÊMIO, MAS NÃO ENCERRA A GARANTIA DAS DEMAIS COBERTURAS DO SEGURO.**
- 20.16.** O pagamento das indenizações pelas coberturas de morte e diagnóstico de câncer se acumulam, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura diagnóstico de câncer, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo evento, a sociedade seguradora responderá também pela indenização relativa à cobertura de morte, observados os termos e disposições destas condições gerais e particulares.

21. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 21.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E**

O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM AS SEGURADAS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

21.2. PARA AS SEGURADAS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS PARA AS SEGURADAS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADAS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO TRÊS QUARTOS DO GRUPO.

21.3. Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Sociedade Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

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

21.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

21.3.4. A sociedade seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- A) FORNECER À SOCIEDADE SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;**
- B) MANTER A SOCIEDADE SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DAS SEGURADAS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;**

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

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

- A) COBRAR, DAS SEGURADAS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SOCIEDADE SEGURADORA;

- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADAS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SOCIEDADE SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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

24. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

25. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

26.FORO

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

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

2. GARANTIAS DO SEGURO

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

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

2.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, descrita no subitem 2.3 desta cláusula adicional.

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

respectivamente, na base das percentagens de 75 %, 50 % e 25%;

- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da segurada, independentemente da sua profissão;
- c) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;
- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

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

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

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

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

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

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando a segurada já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização	

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS:

3.1.2. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

a) DIRETA OU INDIRETA DE QUAISQUER ALTERAÇÕES MENTAIS CONSEQÜENTES DO USO DE ÁLCOOL, DROGAS, ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;

b) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

3.1.3. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

3.1.4. PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

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

3.1.6. CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. BENEFICIÁRIOS

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

6. PAGAMENTO DE PRÊMIO

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Ocorrendo a invalidez permanente total ou parcial por acidente, coberta pelo seguro, a segurada ou seu representante legal, deverá comunicar

imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da Aliança do Brasil.

7.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pela segurada os documentos elencados abaixo:

- Formulário “aviso de sinistro” assinado
- Cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver)
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e a segurada for a condutora
- Cópia autenticada do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso
- Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se a condutora do veículo for a segurada)
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia)
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório

7.3. O pagamento da indenização para a cobertura **indenização suplementar de IPA** será devido desde que caracterizado o direito da segurada ao recebimento de indenização referente à cobertura de IPA. O valor a ser pago corresponde a 20% do valor da indenização devida em caso de invalidez permanente por acidente.

7.4. O pagamento da indenização da cobertura suplementar de IPA será realizado conjuntamente com o pagamento da indenização referente a cobertura de invalidez permanente por acidente.

7.5. A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER A SEGURADA A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.

7.6. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA

POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e particulares da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil