



CONDIÇÕES GERAIS

PROTEÇÃO

FINANCEIRA



PRESTAMISTA - CAPITAL SEGURADO VARIÁVEL (PJ)

Processo SUSEP Nº:

Versão 07/2023



**BNP PARIBAS
CARDIF**

A seguradora
para um mundo
em mudança

BEM-VINDO(A)



Olá,

Que alegria ter você como nosso cliente!

Antes de tudo: **parabéns por sua iniciativa em contratar o seguro Prestamista**. Isso é ser parte da construção de um futuro melhor, para você e para as próximas gerações, afinal, o seguro é um investimento; a garantia de proteção em momentos adversos. **E obrigada por ter escolhido a BNP Paribas Cardif para proporcionar esta segurança!**

Neste documento, você encontra todas as regras de contratação e utilização do produto. Por isso, a leitura é essencial.

Em caso de dúvidas em relação ao seguro contratado, fale conosco clicando [aqui](#) ou acesse <https://bnpparibascardif.com.br/>, clique em "Fale Conosco" no menu inicial, depois em "Envie um e-mail" e preencha o formulário com a sua mensagem.

ÍNDICE

1.	DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	4
2.	OBJETIVO	4
3.	DEFINIÇÕES	4
4.	ELEGIBILIDADE	6
5.	COBERTURAS	6
6.	RISCOS EXCLUÍDOS	9
7.	DATA DO EVENTO	10
8.	BENEFICIÁRIO	10
9.	CARÊNCIA E FRANQUIA	10
10.	CONTRATAÇÃO	11
11.	CAPITAL SEGURADO	11
12.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES	12
13.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	12
14.	ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS	12
15.	ALTERAÇÃO CONTRATUAL	13
16.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	13
17.	CUSTEIO E PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
18.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	15
19.	CANCELAMENTO	15
19.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	16
21.	DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	17
22.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	18
23.	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	18
24.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	19
25.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
26.	FORO	19
27.	DISPOSIÇÕES GERAIS	19

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das presentes condições gerais.

2. OBJETIVO

2.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, total ou parcial, da obrigação assumida pela Empresa Contratante devedora, junto ao credor, no caso de ocorrência de sinistro coberto pelas coberturas contratadas, até o limite do capital individual segurado contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas estas condições gerais.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Aceitação: ato de aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida para a contratação do seguro.

3.2. Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

3.3. Beneficiário é a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados contratados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto pelo seguro. No seguro prestamista pessoa jurídica, o beneficiário é o credor da obrigação, a quem

deverá ser paga a indenização no valor a que este tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

3.4. Capital Segurado Individual é o valor segurado parcial do sócio na empresa contratante, que deve corresponder a uma parte do capital segurado integral. No caso de empresa com único sócio, o capital segurado individual é igual ao capital segurado integral

3.5. Capital Segurado Integral é o valor total máximo do capital segurado a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora, no caso de evento coberto, que constitui a soma dos capitais segurados individuais.

3.6. Capital Segurado Vinculado é a modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

3.7. Carência é o período ininterrupto de dias, contado a partir do início de vigência de um seguro, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o Segurado não terá direito ao seguro e ao recebimento do capital segurado contratado.

3.8. Condições Contratuais é o conjunto de condições que regem a contratação do seguro, incluindo as Condições Gerais, o Contrato e o Certificado.

3.9. Condições Gerais é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

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

3.11. Corretor de Seguros é a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados -

SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros entre o Segurado e a Seguradora.

- 3.12. Credor** é aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 3.13. Declaração Pessoal de Saúde** é o documento formal com as informações que devem ser prestadas pelo sócio(s) relacionadas às suas condições de saúde e que serão levadas em consideração pela sociedade seguradora para avaliação do risco e na regulação de evento coberto.
- 3.14. Doença** é o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- 3.15. Devedor** é aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 3.16. Empresa Contratante** é a pessoa jurídica, que assume um compromisso financeiro junto ao Credor e opta por também contratar o seguro.
- 3.17. Estipulante** é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.
- 3.18. Evento** é o acontecimento futuro e incerto ocorrido durante a vigência do seguro e passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.
- 3.19. Franquia** é o período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado na apólice e certificado, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que ocorrer durante o período da Franquia.
- 3.20. Grupo Segurável** é o grupo formado pelos sócios da empresa contratante desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas no Contrato e no Certificado.
- 3.21. Grupo Segurado** é o conjunto de pessoas físicas efetivamente aceitas no seguro e cuja cobertura esteja em vigor, respeitados os critérios de elegibilidade de cada segurado.
- 3.22. Indenização** é o valor que a Seguradora efetivamente paga ao credor da obrigação em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado contratado.
- 3.23. IPCA/IBGE** é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia.
- 3.24. IGPM/FGV** é o Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas.
- 3.25. Obrigação** é o compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre o credor e o devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- 3.26. Prêmio** é o preço do seguro, ou seja, o valor pago pela empresa contratante segurada à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas e informado no certificado.
- 3.27. Proponente** pessoa jurídica representada pela pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 3.28. Proposta de Adesão** 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 a(s) cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- 3.29. Repartição Simples** é o regime financeiro, no qual, o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a

serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado, é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das indenizações relativas aos sinistros esperados, é o chamado “regime de caixa”, não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

- 3.30. Riscos Excluídos** são os eventos ou acontecimentos não elencados entre os riscos cobertos no certificado e previstos nas Condições Gerais, que não são cobertos por este Seguro.
- 3.31. Seguradora** é a Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A., Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais.
- 3.32. Sinistro** é a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 3.33. Sócio Segurado** é a pessoa física exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas e indicadas no Certificado de Seguro, nos termos destas Condições Gerais
- 3.34. Sub-estipulante** é a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.
- 3.35. Vigência** é o período pelo qual o seguro estará ativo após a contratação, desde que os prêmios sejam pagos regularmente até o seu vencimento.

4. ELEGIBILIDADE

- 4.1.** São elegíveis às coberturas deste seguro os Sócios da Empresa Contratante, que constarem do contrato social e que na data da contratação do seguro tenham idade de acordo com o estabelecido no contrato, e se

encontrem em perfeitas condições de saúde.

- 4.2.** As empresas elegíveis são aquelas constituídas sob forma de Sociedade Empresarial Limitada, Sociedade Simples Pura, Sociedade Simples Limitada, Empresa Individual ou Contribuinte Individual.
- 4.3.** Este seguro não é elegível a:
- 4.3.1.** Empresas que não possuam ou não estejam devidamente cadastradas e ativas no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);
- 4.3.2.** ONG's, Cooperativas, Sociedade Anônima;
- 4.3.3.** Pessoas físicas ou jurídicas na condição de devedor solidário, avalistas ou pessoas em qualquer outro cargo ou função na empresa contratante, quando não tenham participação societária de acordo com o contrato social da Empresa Contratante.

5. COBERTURAS

- 5.1.** A cobertura básica de morte é de contratação obrigatória, e as coberturas adicionais (invalidez permanente total por acidente e doenças graves) são de contratação facultativa e não podem ser contratadas isoladamente, sendo necessária a contratação da cobertura básica de morte, respeitando as possíveis conjugações de planos disponibilizadas pela seguradora.
- 5.1.1.** A forma de pagamento da indenização e o valor do capital segurado contratado estão estabelecidos no certificado de seguro.

5.2. COBERTURA BÁSICA DE MORTE

- 5.2.1.** Tem por objetivo garantir ao beneficiário Credor o pagamento total ou parcial, da obrigação assumida pela empresa contratante apurada no momento do evento, em caso de morte do sócio segurado, seja por causa natural ou acidental, ocorrida durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado integral contratado para esta cobertura e de acordo com a cota de participação societária no momento do

evento, observado o limite do capital segurado individual e ressalvados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.3. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

5.3.1. Tem por objetivo garantir ao beneficiário Credor o pagamento total ou parcial, da obrigação assumida pela empresa contratante, apurada no momento do evento, caso o sócio segurado se torne total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado integral contratado para esta cobertura e de acordo com a cota de participação societária no momento do evento, observado o limite do capital segurado individual e ressalvados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.3.2. Para fins desta cobertura, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada, em caráter definitivo a:

- a) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
- b) **Perda total do uso de ambos os braços;**
- c) **Perda total do uso de ambas as pernas;**
- d) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
- e) **Perda total do uso de um braço e uma perna;**
- f) **Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;**
- g) **Perda total do uso de ambos os pés;**
- h) **Alienação mental total e incurável; e**
- i) **Nefrectomia bilateral.**

5.3.3. Quando o mesmo acidente resultar na invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização estará limitada ao capital segurado individual contratado, não havendo acúmulo ou qualquer acréscimo.

5.3.4. A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do capital segurado, salvo quando previamente declarado na contratação do seguro. Nesse caso, será deduzido do grau de invalidez

definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico.

5.3.5. Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

5.3.6. A Invalidez Permanente total por Acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com o diagnóstico, os quais demonstrem que as alterações traumáticas possuem nexo causal com o acidente. Os documentos que comprovam a invalidez serão avaliados pela assessoria médica da Seguradora.

5.3.7. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

5.3.8. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social ou assemelhadas, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

5.4. DOENÇAS GRAVES

5.4.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

5.4.1.1. Tem por objetivo garantir ao beneficiário Credor o pagamento total ou parcial, da obrigação assumida pela empresa contratante, apurada no momento do evento, em caso de diagnóstico definitivo de doenças neoplásicas. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico oncologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico ocorrido durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado integral contratado para esta cobertura e de acordo com a cota de participação societária no momento do evento, observado o limite do capital segurado

individual e ressalvados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.4.1.2. Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves - Diagnóstico de Câncer, será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

5.4.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

5.4.2.1. Tem por objetivo garantir ao beneficiário Credor o pagamento total ou parcial, da obrigação assumida pela empresa contratante, apurada no momento do evento, em caso de diagnóstico definitivo das isquemias ou hemorragias cranianas com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas e desde que ocorram sequelas neurológicas. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico neurologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico. O diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, ou exame de líquido ocorrido durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado integral contratado para esta cobertura e de acordo com a cota de participação societária no momento do evento, observado o limite do capital segurado individual e ressalvados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.4.2.2. Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves - Acidente Vascular Cerebral (AVC) será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

5.4.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

5.4.3.1. Tem por objetivo garantir ao beneficiário Credor o pagamento total ou parcial, da obrigação assumida pela empresa contratante, apurada no momento do evento, em caso de diagnóstico de infarto agudo do miocárdio que necessite de Revascularização do

Miocárdio. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico cardiologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico ocorrido durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado integral contratado para esta cobertura e de acordo com a cota de participação societária no momento do evento, observado o limite do capital segurado individual e ressalvados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.4.3.2. Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves - Infarto Agudo do Miocárdio, será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

5.4.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

5.4.4.1. Tem por objetivo garantir ao beneficiário Credor o pagamento total ou parcial, da obrigação assumida pela empresa contratante, apurada no momento do evento, em caso de um transplante de Órgãos. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico na especialidade da patologia, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico ocorrido durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado integral contratado para esta cobertura e de acordo com a cota de participação societária no momento do evento, observado o limite do capital segurado individual e ressalvados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.4.4.2. Transplante de Órgãos: Estão cobertos os Segurados que necessitarem de transplante total, também chamado de Transplante Alogênico, que participará como receptor de um dos seguintes órgãos humanos:

- Coração;
- Fígado;
- Pulmão;
- Pâncreas;
- Medula Óssea.

5.4.4.3. Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves – Transplantes de Órgãos Vitais, será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

5.4.5. INSUFICIÊNCIA RENAL

5.4.5.1. Tem por objetivo garantir ao beneficiário Credor o pagamento total ou parcial, da obrigação assumida pela empresa contratante, apurada no momento do evento, em caso de diagnóstico de uma Insuficiência Renal. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico habilitado em nefrologia, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico ocorrido durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado integral contratado para esta cobertura e de acordo com a cota de participação societária no momento do evento, observado o limite do capital segurado individual e ressalvados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.4.5.2. Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves – Insuficiência Renal, será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

- c) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelos segurados beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro, conforme Art. 762 do Código Civil, bem como os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, seus beneficiários;
- d) Lesão premeditada auto infligida, suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do Certificado de Seguro
- e) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) Epidemias e pandemias somente quando declaradas por órgão competente.
- g) 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 competente;
- h) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes à adesão do Segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas no momento da adesão.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas presentes nessas condições gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

6.2. RISCOS EXCLUÍDOS POR COBERTURA

6.2.1. Além dos riscos excluídos expressamente citados no subitem 6.1, também estão excluídos os riscos específicos das coberturas adicionais, conforme abaixo:

6.2.1.1. COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

- a) Câncer de pele, exceto o melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm segundo a classificação de Breslow;
- b) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- c) Leucemia crônica;
- d) Câncer que, através de exame histológico, tenha classificação igual a T1;
- e) Carcinoma não invasivo, também chamado de carcinoma “in situ” e qualquer grau de Neoplasia intra-epitelial Cervical – NIC;

- f) Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
- g) Câncer de próstata (exceto aqueles de grau superior a T2N0M0 pela classificação TNM);
- h) Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro ou antes, do fim do período de carência.
- i) Ataques Isquêmicos Transitórios – AIT;
- j) Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de Acidente Vascular;
- k) Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- l) Hemorragia cerebral causada por acidente;
- m) Hemorragia cerebral causada por tumores;
- n) Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- o) Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- p) Sintomas neurológicos causados por enxaquecas;
- q) Transplantes dos demais órgãos não listados;
- r) Transplante de tecido;
- s) Transplante de células tronco;
- t) Transplante de células-beta do pâncreas;
- u) Autotransplante;
- v) Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;
- w) Colocação coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando se a colocação de coração humano no futuro;
- x) Transplante de quaisquer órgãos não humanos;
- y) Toda e qualquer insuficiência renal que não esteja em tratamento com diálise ou hemodiálise;
- z) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma – ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável e angina decúbito;
- aa) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”; e
- bb) Outras síndromes coronarianas agudas.

7. DATA DO EVENTO

- 7.1.** Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento:

- a) Para cobertura básica de Morte, a data do falecimento.
- b) Para a cobertura adicional de Doenças Graves, a data de constatação da doença.
- c) Para cobertura adicional de Invalidez Permanente Total Por Acidente, a data do acidente.

- 7.2.** A data da Invalidez Permanente Total Por Acidente será estabelecida por um médico através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1.** O beneficiário deste seguro é o credor, a quem deverá ser paga a indenização no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a qual o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

- 8.2.** Caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 9.1.** Para coberturas de Morte e de Invalidez Permanente Total por Acidente, não haverá carência e/ou franquia.

- 9.2.** Para a cobertura de Doenças Graves a carência, quando houver, será estabelecida no certificado.

- 9.3.** Não haverá carência e franquia para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão ao seguro.

- 9.4.** A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência do seguro correspondente aos dias de carência.

10. CONTRATAÇÃO

- 10.1.** A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 10.2.** A adesão à apólice coletiva pelas empresas contratantes deverá ser precedida do preenchimento de proposta de adesão, nas formas previstas na regulamentação em vigor.
- 10.3.** A contratação do seguro é realizada mediante a apresentação da proposta de adesão assinada pela Empresa Contratante do seguro e seus sócios e/ou pelo corretor de seguros. A veracidade das informações fornecidas é de responsabilidade do proponente do seguro.
- 10.4.** O certificado será emitido com base nas declarações prestadas pela Empresa Contratante e seus sócios na Proposta de Adesão, que determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 10.5.** Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um desses. Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.
- 10.6.** O percentual de que trata o parágrafo anterior deverá constar nos certificados.
- 10.7.** A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1.** A modalidade do capital segurado prevista nestas condições gerais é a de capital segurado vinculado.

11.2. O capital segurado de cada cobertura, é o valor do limite máximo de indenização a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora, observado o capital segurado individual, vigente na data de ocorrência de evento coberto, conforme descrito na proposta de adesão e no certificado.

11.3. O capital segurado será recalculado com base na data de ocorrência do sinistro, para estabelecer o montante a ser pago ao beneficiário, de acordo com o valor do Saldo Devedor.

11.4. O valor do capital segurado individual contratado de acordo com a cota de participação societária do sócio na empresa contratante poderá sofrer variações decorrentes de mudanças na composição societária da Empresa Contratante do seguro, desde que não altere o valor do capital segurado integral contratado.

11.4.1. Qualquer alteração deverá ser comunicado à Seguradora

11.5. De acordo com o estabelecido no certificado, o Capital Segurado será:

11.5.1. Saldo da Dívida: O Capital Segurado será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

11.5.2. Soma das Parcelas/Faturas a vencer: O Capital Segurado será obtido pela somatória das parcelas/faturas a vencer no momento da ocorrência do sinistro, limitado ao valor estabelecido no certificado;

11.5.3. Quitação Parcial ou Total das Parcelas/Faturas: O Capital Segurado no momento da ocorrência do sinistro será o valor da Parcela/Fatura devida limitado ao valor e quantidade de parcelas/faturas contratadas, desde que o Segurado permaneça na condição de sinistrado, de acordo com o estabelecido nestas condições gerais e no certificado. A quitação parcial das parcelas/faturas ocorrerá quando o valor do capital segurado individual contratado for inferior ao valor da parcela/fatura devida.

12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

12.1. Os valores devidos pela Seguradora a título de atualização monetária serão calculados pela variação do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme o que dispõe as respectivas Cláusulas destas Condições.

12.2. No caso de extinção do IPCA/IBGE, a Seguradora passará a utilizar o Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas - IGPM/FGV.

12.3. Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:

12.3.1. Do capital segurado, uma vez que está proporcional ao saldo devedor, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do sinistro, estabelecido no ato da assinatura do compromisso assumido pelo segurado junto ao estipulante/beneficiário e informado mensalmente pelo estipulante à seguradora.

12.3.2. Do prêmio, pois já foi considerado no cálculo do risco, que o capital segurado pode flutuar durante a vigência do crédito

13. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Para as coberturas de Morte, de Invalidez Permanente Total por Acidente e de Doenças Graves não haverá reintegração de capital segurado.

14. ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS

14.1. A aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.

14.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o (s) motivo (s) da recusa.

14.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do certificado. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

14.4. A sociedade seguradora procederá obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

14.5. Em caso de não-aceitação da proposta de seguro, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

14.6. O proponente terá cobertura provisória do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

14.7. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 14 destas Condições Gerais o valor será atualizado pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, 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 da efetiva devolução.

- 14.8.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o IGPM (Índice Geral de Preços para o Mercado).
- 14.9.** A aceitação do risco implicará na emissão, pela Seguradora, do certificado, a qual será disponibilizado à Empresa Contratante e seus sócios segurados.
- 14.10.** O preenchimento e a assinatura da Proposta de Adesão pela Empresa Contratante e seus sócios caracterizam a ciência, aceitação, concordância e conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais deste seguro.
- 14.11.** A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) dos sócios segurados, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

15. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

- 15.1.** Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para o segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 15.2.** Em caso de alteração de risco, a seguradora deve ser informada. São exemplos de alteração de risco, as seguintes ocorrências:
 - a) Mudança do quadro societário;
 - b) Informações falsas ou incorretas.
- 15.2.1.** A análise das alterações de risco deverá ser realizada e formalizada em no máximo 15 dias.
- 15.2.2.** A aceitação da alteração do risco implicará na atualização do certificado, pela Seguradora, o qual será disponibilizado a Empresa Contratante.

15.2.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.2.4. A não aceitação da alteração do risco, pela Seguradora deverá ser formalmente informada para o Estipulante.

15.2.5. A não aceitação da alteração do risco pela Seguradora poderá implicar no cancelamento do certificado conforme disposto no item 19.4 destas Condições Gerais.

15.2.6. Em caso de sinistro, onde a alteração do risco não tenha sido formalmente informada à Seguradora, poderá implicar a recusa do sinistro em caso de agravamento de risco ou indenização de acordo com as informações passadas no momento da contratação quando não há agravamento do risco.

15.2.7. A seguradora se reserva no direito de recalculer o prêmio com base nas novas premissas compartilhadas pelo Estipulante de Seguro.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 16.1.** O plano de seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o certificado na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do certificado.
- 16.2.** O prazo de vigência do seguro, referente às coberturas contratadas pela Empresa Contratante para os sócios segurados, deverá corresponder ao mesmo prazo de vigência contratado para o respectivo compromisso financeiro assumido pela Empresa com o credor. As datas de início e fim do prazo de vigência da(s) cobertura(s) individual(is) constarão no certificado
- 16.3.** O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no certificado.
- 16.4.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recebidas sem

pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no contrato.

16.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

16.6. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada, e

16.6.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente.

16.6.2. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora poderá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

16.6.3. A seguradora se reserva no direito de recalcular o prêmio com base nas novas premissas compartilhadas pelo estipulante.

17. CUSTEIO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O pagamento pelas coberturas previstas neste seguro poderá ser contributivo, parcialmente contributivo ou não contributivo, conforme indicado no Contrato.

- a) Contributivo: Quando o segurado arca totalmente com o pagamento do prêmio de seguro.
- b) Parcialmente Contributivo: Quando o segurado arca parcialmente para o pagamento do (s) prêmio(s).
- c) Não Contributivo: Quando o segurado arca integralmente com o pagamento do (s)

prêmio(s) do seguro.

17.2. Este seguro será integralmente custeado pela Empresa contratante.

17.3. O valor do prêmio de seguro será determinado no certificado de seguro.

17.4. Poderá ser feita a reavaliação dos Prêmios e Capitais Segurados do seguro a qualquer momento, a pedido do Estipulante ou das Empresas Contratantes conforme determinado em contrato, desde que expressamente aceitos pela Seguradora.

17.5. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionado, de acordo com o estabelecido no certificado entregue a Empresa Contratante e seus sócios.

17.5.1. A data limite para pagamento do prêmio constará do respectivo documento de cobrança do Seguro.

17.5.2. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

17.6. Qualquer indenização somente será devida após o pagamento integral do prêmio de seguro., o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

17.7. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

17.8. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Empresa

Segurada ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

17.8.1. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura

17.8.2. Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro

17.8.3. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências, conforme definido no certificado.

17.8.4. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

Entretanto, observado o disposto no item 17.8, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

17.8.5. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso este receba, juntamente com o prêmio, qualquer

quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado bem como a nomenclatura do seguro.

17.8.6. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA

18.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

- a) Automaticamente com falecimento do (s) sócio (s) segurado (s) e/ou invalidez permanente total por acidente;
- b) Automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado.
- c) Com o fim do vínculo entre a Empresa Contratante e o Estipulante;
- d) Quando a Empresa Contratante solicitar por escrito à Seguradora o cancelamento do seguro;
- e) Quando a Empresa Contratante deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 90 (noventa) dias.
- f) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas nas condições contratuais vinculadas ao seguro.

19. CANCELAMENTO

19.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado de seguro se darão sob as determinações do item 17.8.4 destas Condições Gerais.

19.2. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

19.3. É facultado a Empresa Contratante cancelar o seguro a qualquer tempo.

19.4. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes.

19.5. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

19.5.1. A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

19.5.2. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado Pro-Rata Temporis ou de acordo com a tabela de prazo curto abaixo, sendo de responsabilidade da seguradora a definição do método a ser aplicado, sendo o método definido anteriormente a contratação do seguro pelo segurado e devidamente descrito no certificado.

TABELA DE PRAZO CURTO	
Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13
30/365	20
45/365	27
60/365	30
75/365	37
90/365	40
105/365	46
120/365	50
135/365	56
150/365	60
165/365	66
180/365	70
195/365	73
210/365	75
225/365	78
240/365	80
255/365	83
270/365	85
285/365	88
300/365	90
315/365	93
330/365	95
345/365	98
365/365	100

19.6. Para prazos de vigência em que os valores estejam no intervalo percentual entre dois valores descritos na tabela acima, deverá ser considerado o percentual correspondente ao maior prazo do intervalo.

19.7. O certificado não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. Quando ocorrer um sinistro, o estipulante de seguro, o segurado ou beneficiário deverá comunicar a ocorrência à Seguradora, através do site www.acioneseuseguro.com.br ou encaminhar por meio da Caixa Postal nº 66049 CEP: 05314-970 São Paulo/SP os seguintes documentos:

20.2. DOCUMENTOS DA EMPRESA:

a) Cópia dos documentos societários atualizados da Empresa Contratante que comprovem a participação societária do segurado.

20.3. DOCUMENTO DO (S) SÓCIO (S) PARA COBERTURA BÁSICA DE MORTE:

- Cópia simples da Certidão de óbito;
- Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte acidental;
- Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte acidental;
- Cópia simples do Registro Geral (RG) do sócio segurado;
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do sócio segurado;
- Comprovante de endereço do sócio Segurado;

20.4. DOCUMENTO DO (S) SÓCIO (S) COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE:

- Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;

- b) Exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.
- d) Cópia simples do Registro Geral (RG) do sócio segurado;
- e) Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do sócio segurado;
- f) Comprovante de endereço do sócio Segurado;

20.5. DOCUMENTO DO (S) SÓCIO (S) COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES:

- a) Exame laboratorial que diagnosticou a doença (tomografias, ultrassonografias, biopsias e anatomopatológicos);
- b) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e do estágio da patologia de que o segurado é portador, de acordo com os critérios de indenização previstos para cobertura pleiteada;
- c) Cópia simples do Registro Geral (RG) do sócio segurado;
- d) Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do sócio segurado;
- e) Comprovante de endereço do sócio Segurado;

20.6. O pagamento de qualquer indenização decorrente deste seguro será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de toda a documentação necessária para a apuração do sinistro.

20.7. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer outros documentos, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso a contagem de prazo para liquidação será suspensa, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento da documentação complementar pela Seguradora.

20.8. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 20.6, a Seguradora pagará o valor da indenização atualizado a partir da data de vencimento do respectivo prazo e será aplicada a taxa de juros moratórios. A atualização será efetuada com base na variação positiva IPCA/IBGE, ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data final prevista para o pagamento da indenização e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

20.9. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.

20.10. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), relativos a este seguro, prescrevem nos prazos previstos em lei.

21. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

21.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Sócio Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

21.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões/doenças, bem como a avaliação da invalidez, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

21.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

21.4. O prazo para constituição da junta médica será de no máximo, 15 (quinze) dias a contar

da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

22. PERDA DE DIREITO A INDENIZAÇÃO

22.1. Caso o Estipulante, os Sócios Segurado, a Empresa Contratante, seus respectivos representantes legais ou o Corretor de Seguro fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do Prêmio, a Seguradora não realizará qualquer pagamento de Capital Segurado e terá ainda direito ao recebimento do Prêmio vencido.

22.2. O (s) segurado (s) perderá o direito à indenização se houver agravamento intencional do risco ou inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, pelo mesmo ou seu representante legal.

22.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, referidas no item 22.1, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

22.3.1. Na hipótese de não ocorrência de 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.

22.4. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

22.5. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

- a) A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo

entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

- b) O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22.6. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, da Empresa Contratante, dos Sócios Segurado ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
- b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

23. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

23.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições do Contrato.

23.2. A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

23.3. Considera-se lucro a diferença positiva existente entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.

23.4. A distribuição do excedente técnico será efetuada após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.

23.5. As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no Contrato.

23.6. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no Contrato.

24. ÂMBITO GEOGRÁFICO

24.1. As coberturas previstas nessas condições gerais abrangem eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda, a divulgação e a promoção do seguro por parte do estipulante de seguro e/ou do Corretor dependerão de prévia e expressa autorização e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições gerais e as normas deste seguro.

26. FORO

26.1. Para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1. As partes se submetem às normas brasileiras do seguro.

27.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

27.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.



SONHOS, FUTURO, VIDA.

Seguros protegem o essencial.
Por isso, trabalhamos para que
sejam cada vez mais acessíveis.