

Condições Gerais

Seguro Coletivo de Pessoas



bradesco
vida e previdência
Com Você. Sempre.



CONDIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I - OBJETIVO DO SEGURO

Registro do produto na Susep: **15414.002914/2006-14**

Cláusula 1ª. O Seguro Coletivo de Pessoas Bradesco tem por objetivo garantir ao segurado, ou ao beneficiário se for o caso, o pagamento de indenização em decorrência de sinistro coberto, durante o período de cobertura, desde que observadas as disposições destas condições gerais e das cláusulas complementares deste seguro.

Cláusula 2ª. A(s) cobertura(s) prevista(s) nas cláusulas complementares deste seguro são válidas para sinistro ocorrido em qualquer parte do globo terrestre, ressalvadas as disposições específicas da(s) cláusula(s) complementar(es).

CAPÍTULO II - DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas condições gerais ou de outros documentos relativos a este seguro, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:



1. Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou da influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros e e); os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização



de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1

2. Aniversário do Seguro

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

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo estipulante por meio da proposta de contratação.



4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo segurado para receber a indenização deste seguro no caso de morte do segurado.

5. Capital Segurado

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

6. Certificado de Seguro

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

7. Condições Especiais

São as cláusulas que especificam as condições e os limites da(s) cobertura(s) oferecida(s) por este seguro e que pode(m) ser contratada(s) pelo estipulante.

8. Condições Contratuais

É o conjunto das disposições que regem este seguro, compreendendo as disposições destas condições gerais, das cláusulas complementares da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo estipulante, do contrato, da apólice, da proposta de Adesão e do certificado de seguro.

9. Condições Gerais



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

10. Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do seguro e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

11. Corretor

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

12. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo proponente na proposta de Adesão, que dizem respeito à condição de sua saúde e a de seu cônjuge, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.



13. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes de seu estado de saúde, e que eram de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

14. Estipulante

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

15. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o risco coberto previsto nestas condições gerais e nas suas cláusulas complementares.

16. Franquia

É o período de tempo durante o qual o segurado ou o beneficiário não terá direito à indenização, contado a partir da data do evento.

17. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.



18. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante e que reúnem as condições para serem incluídas neste seguro, de acordo com o disposto no contrato de seguro.

19. Indenização

É o valor que a seguradora paga ao segurado ou ao beneficiário, em caso de morte do segurado, em decorrência de sinistro coberto por este seguro.

20. Índice de Atualização Monetária

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas condições gerais.

21. Meios Remotos

Aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso a informações

e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

22. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo, estabelecido na vigência do seguro, durante o qual a ocorrência do sinistro coberto gera para o segurado, ou o



beneficiário conforme o caso, o direito à indenização referente à(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) cláusula(s) complementar(es) deste seguro.

23. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do seguro, durante o qual o segurado e o beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de indenização referente à(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) cláusula(s) complementar(es) deste seguro.

24. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo segurado e/ou pelo estipulante à seguradora para custear este seguro.

25. Proponente

É a pessoa física vinculada ao estipulante e interessada em contratar este seguro, que passará à condição de segurada uma vez aceita sua proposta de adesão pela seguradora.

26. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais do seguro, e que é submetido à seguradora para análise do risco.



27. Proposta de Contratação

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

28. Risco Coberto

É todo e qualquer evento previsto nestas condições gerais e nas cláusulas complementares, cuja ocorrência no período de cobertura configura o sinistro.

29. Riscos Excluídos

São os eventos previstos nestas condições gerais e nas cláusulas complementares, como riscos não cobertos pelo seguro.

30. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A., registrada no CNPJ sob o número 051.990.695/0001-37, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) deste seguro, nos termos destas condições gerais e das cláusulas complementares.

31. Segurado

É a pessoa física vinculada ao estipulante sobre a qual se fará a



avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, sendo também designada como segurada principal, quando da inclusão de cônjuge e/ou filho(s) no seguro, em conformidade com a(s) respectiva(s) condição(ões) complementar(es).

32. Seguro

É este contrato, regido pelas condições contratuais, por meio do qual a seguradora, mediante recebimento do prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a indenização ao segurado ou ao beneficiário, em caso de morte do segurado, caso ocorra o sinistro.

33. Sinistro

É a ocorrência do risco coberto, durante o período de cobertura, que gera para o segurado ou ao beneficiário, em caso de morte do segurado, o direito ao recebimento da indenização, atendidas as disposições destas condições gerais e das cláusulas complementares.

34. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do seguro, abrangendo o prazo de carência e o período de cobertura.

35. Cobertura de Risco Coberturas de Seguro de Pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data predeterminada.

36. Migração de Apólice



Substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

CAPÍTULO III – COBERTURAS

Cláusula 4ª. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este seguro e contratada(s) pelo estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) cláusula(s) complementar(es), que faz(em) parte integrante e complementar destas condições gerais.

Parágrafo 1º. Não haverá garantia de indenização por qualquer das coberturas deste seguro, se o evento resultar de risco excluído previsto no Capítulo IV destas condições gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no Capítulo XI destas condições gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2º. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º desta cláusula, também não haverá garantia de indenização por determinada cobertura contratada, se o evento resultar de risco excluído previsto nas respectivas cláusulas complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

Parágrafo 3º. As coberturas previstas nas cláusulas complementares poderão ser contratadas isoladamente, de acordo com o disposto na proposta de contratação, apólice e contrato de



seguro.

Parágrafo 4º. O plano de seguro poderá prever carência e/ou franquia, a serem especificadas no contrato de seguro, observadas as disposições das condições especiais.

Parágrafo 5º. Quando previsto, o prazo de carência estará limitado à metade do prazo de vigência da apólice, limitado ao máximo de 2 (dois anos).

Parágrafo 6º. Não haverá prazo de carência para as coberturas decorrentes de Acidente Pessoal.

CAPÍTULO IV- RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Configuram riscos excluídos da(s) cobertura(s) deste seguro e, por isso, não geram direito à indenização:

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

II - ato ilícito doloso praticado pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses;

III - atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou



outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

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

V - 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;

VI - doenças ou lesões preexistentes e suas consequências;

VII - epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;

VIII - suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início da vigência do seguro;

IX - ato ilícito doloso praticado por seu(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es), pelo(s) beneficiário(s) e pelos respectivo(s) representante(s), no caso de seguro contratado por pessoas jurídicas.

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

I - acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;



II- acidentes e/ou suas consequências ocorridos antes da contratação do seguro;

III - todo e qualquer tipo de curetagem uterina, exceto se consequente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal;

IV – doenças, lesões e situações que não se enquadrem no conceito de Acidente Pessoal, conforme item 1 da cláusula 3ª destas condições gerais;

V – perda de dentes e danos estéticos;

VI – autolesão, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doação ou extração de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica.

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

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

Cabe à seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado



que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Da Proposta de Contratação e do Contrato de Seguro

Cláusula 7ª. A contratação deste seguro dar-se-á com a aceitação da proposta de contratação, oportunidade em que a seguradora e o estipulante firmarão o contrato de seguro.

Parágrafo 1º. Após a assinatura do Contrato de Seguro, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro e a enviará ao Estipulante.

Parágrafo 2º. Na contratação de seguro que tenha como objeto a vida ou a integridade física de terceiro, o Proponente deverá declarar expressamente seu interesse legítimo na proteção da vida do Segurado.

Seção II - Da Proposta de Adesão do Segurado

Cláusula 8ª. Somente serão aceitas neste seguro as pessoas do grupo segurável que estiverem em boas condições de saúde, em plena atividade profissional e com, no mínimo 14 (quatorze) anos e, no máximo, 75 (setenta e cinco) anos de idade na data de assinatura da proposta de adesão.



Parágrafo 1º. O contrato de seguro poderá dispor sobre limites diferenciados, mínimos e máximos, de idade para ingresso no seguro, para os casos de migração de apólice de outra seguradora.

Cláusula 9ª. A solicitação de adesão das pessoas do grupo segurável ao seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da proposta de adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso, em formulário próprio fornecido pela seguradora e a ser entregue a ela para análise do risco.

Parágrafo 1º. A adesão ao seguro, incluindo a Declaração Pessoal de Saúde, poderá ser feita com a utilização de meios remotos.

Parágrafo 2º. A adesão por meios remotos sem a emissão de documentos contratuais físicos no ato da contratação implicará o envio de mensagens informativas ao segurado ao longo da vigência do seguro, de acordo com o disposto na legislação aplicável.

Parágrafo 3º. O envio das mensagens referidas no parágrafo anterior será feito, preferencialmente, com a utilização do mesmo meio remoto usado para a adesão ao seguro.

Parágrafo 4º. Em caso de contratação por meio remoto, o segurado poderá desistir do seguro no prazo de 7 (sete) dias da emissão do certificado. Para tanto, deverá protocolar solicitação escrita à seguradora.

Parágrafo 5º. Em caso de desistência, a seguradora fornecerá ao



segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, ficando vedada qualquer cobrança a partir dessa data.

Parágrafo 6º. Quaisquer valores eventualmente pagos serão devolvidos de imediato, a partir da manifestação de arrependimento, utilizando-se, preferencialmente, o mesmo meio adotado para o pagamento do prêmio.

Parágrafo 7º. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos de idade, é permitido exclusivamente o oferecimento e

contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal, seja na de dependente.

Parágrafo 8º As coberturas de inclusão de filhos não poderão ser contratadas isoladamente, sendo necessário contratar, pelo menos, uma cobertura para o segurado principal.

Seção III - Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora
Cláusula 10ª. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

Cláusula 11ª. Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o proponente, o que poderá ser feito por meio do estipulante, no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.



Parágrafo 1º. O prazo referido no caput poderá ser suspenso uma única vez se a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes para a emissão do certificado de seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada, na seguradora, a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

Parágrafo 2º. Aceita a proposta de adesão, a seguradora emitirá e encaminhará ao segurado o certificado de seguro, podendo fazê-lo na pessoa do estipulante.

Cláusula 12ª. A seguradora reserva-se o direito de exigir do proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a seguradora a recusar a proposta de adesão.

Parágrafo 1º. As doenças ou lesões de que o segurado seja portador, quando não declaradas na proposta de adesão, poderão ser identificadas pela seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Parágrafo 2º. Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente e devolverá o valor do Prêmio pago antecipadamente (se houver), será devolvido, atualizado



monetariamente a partir da data do recebimento do prêmio, no prazo de até 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa, deduzidas as despesas administrativas efetivamente incorridas pela seguradora.

Parágrafo 3º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na proposta de adesão, desde que a referida conta seja do proponente.

Parágrafo 4º. Em caso de mora da seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no parágrafo 2º, o valor será atualizado de acordo com o disposto na cláusula 25ª destas condições gerais. Incidirão, adicionalmente sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base pro rata dia da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

Parágrafo 5º. Em caso de recusa dentro do período escrito no Parágrafo 2º com a antecipação do prêmio, será garantida cobertura provisória a partir da data de pagamento do prêmio até a data da formalização da recusa.

Parágrafo 6º. Em caso de recusa dentro do período escrito no Parágrafo acima, com a antecipação do prêmio, será garantida cobertura provisória a partir da data da recepção da proposta na Seguradora até a data da formalização da recusa.

Parágrafo 7º. O valor do prêmio pago antecipadamente (se houver), será devolvido, atualizado monetariamente a partir da data do recebimento do prêmio, no prazo de até 10 (dez) dias contados



da data da formalização da recusa.

CAPÍTULO VI - CAPITAL SEGURADO

Cláusula 13ª. O capital segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado no contrato de seguro entre o estipulante e a seguradora, e seu valor deverá constar da proposta de adesão e do certificado de seguro.

Parágrafo 1º. O valor do capital segurado será atualizado monetariamente ou recalculado conforme disposto na cláusula 26ª destas condições gerais.

Parágrafo 2º. Os capitais segurados dos componentes dependentes (filhos, cônjuge), quando prevista sua inclusão no plano de seguro, em quaisquer das coberturas, não podem ser superiores aos do segurado principal.

Cláusula 14ª. Para efeitos de apuração do valor da indenização ou do reembolso, será considerado o valor do capital segurado vigente na data da ocorrência do sinistro, conforme definido nas cláusulas complementares em relação a cada cobertura.

CAPÍTULO VII – PRÊMIO

Seção I - Valor do Prêmio

Cláusula 15ª. O prêmio inicial do seguro será estabelecido no contrato de seguro entre o estipulante e a seguradora, e seu valor constará da proposta de adesão e do certificado de seguro,



observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

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

Parágrafo 2º. Além do reajuste previsto no parágrafo anterior, o valor do prêmio também será atualizado monetariamente, conforme disposto na cláusula 26ª destas condições gerais.

Seção II - Pagamento do Prêmio

Cláusula 16ª. O prêmio do seguro será custeado pelo segurado e/ou pelo estipulante, conforme estabelecido no contrato de seguro.

Cláusula 17ª. Quando o custeio do seguro for compartilhado entre estipulante e segurados, a parcela do prêmio de responsabilidade dos segurados será recolhida pelo estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre estipulante e segurados, e repassada à seguradora nos prazos estabelecidos no contrato.

Cláusula 18ª. O pagamento do prêmio será feito sob a forma mensal, trimestral, semestral ou anual, conforme estabelecido no contrato de seguro.

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



Cláusula 20ª. Quando o segurado e/ou estipulante optar por efetuar o pagamento do prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua proposta de adesão ou contratação não for suficiente para quitação do valor integral do prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento da cobertura, conforme previsto no Capítulo XII destas condições gerais.

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

I - caso o estipulante, por motivos alheios à vontade do segurado, não efetue o desconto dos prêmios na folha de pagamento;

II - se o segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo boleto de cobrança bancária; ou

III - se o segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do prêmio na conta-corrente por ele indicada na proposta de adesão.

Cláusula 22ª. Se o estipulante deixar de repassar à seguradora os prêmios descontados do segurado em folha de pagamento, tal fato não gerará o cancelamento da apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa) dias, ressalvado o direito de regresso da seguradora contra o estipulante.



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

Cláusula 23^a. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, acrescido de multa, aplicada de uma só vez de 2% (dois por cento), calculados em base pro rata dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto na cláusula 25^a destas Condições Gerais.

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

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

Seção IV – Regime Financeiro



Cláusula 24ª. Este seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das coberturas previstas nas cláusulas complementares, o resgate ou a devolução dos prêmios pagos.

CAPÍTULO VIII - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 25ª. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à incidência de multa de mora de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, além de juros legais de 1% (um por cento) ao mês, calculados em base pro rata dia e atualização pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), divulgado pelo IBGE, desde a data de vencimento até a data do efetivo pagamento.

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

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



Parágrafo 1º. Alternativamente ao critério de atualização previsto no caput, os valores de capitais segurados e prêmios poderão ser recalculados em razão de alterações de salário ou de proventos dos segurados ou outro critério objetivo estabelecido de comum acordo entre o estipulante e a seguradora e descrito no contrato de seguro. Os limites de capitais segurados previstos na apólice serão reajustados com base no índice estabelecido no dissídio da categoria ou de acordo com o percentual estabelecido pelo estipulante e aceito pela seguradora.

Parágrafo 2º. Nos casos de pagamento único ou anual do prêmio, os valores dos capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente serão atualizados monetariamente desde a data da última atualização até a data da ocorrência do evento coberto.

Parágrafo 3º. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada essa cobertura.

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



CAPÍTULO IX – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I – Designação de Beneficiário

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

Parágrafo 1º. Se o Segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

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

Cláusula 29ª. Na falta de indicação de Beneficiário ou, se por qualquer motivo, não prevalecer a indicação que foi feita, metade do Capital Segurado será paga ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo único. Na ausência de Beneficiários indicados ou legais, o valor será destinado àqueles que comprovarem que a morte do Segurado os privou de meios de subsistência.



Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 30ª. É facultado ao segurado, em qualquer época, substituir seu beneficiário.

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

Parágrafo único. Se a seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no caput, ficará isenta pagando o capital segurado ao beneficiário anteriormente indicado.

CAPÍTULO X - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I - Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 32ª. A Regulação e a Liquidação de Sinistro são procedimentos por meio dos quais a seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do evento, verifica se este configura o sinistro e se o segurado ou seu beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização.

Cláusula 33ª. O segurado ou seu beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas cláusulas complementares que oferecem a cobertura para o sinistro em causa, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.



Parágrafo único. Para instruir a Regulação e a Liquidação de Sinistro, a seguradora poderá solicitar, em caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nas cláusulas complementares.

Cláusula 34ª. As despesas com a comprovação do sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do segurado ou do beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

Cláusula 35ª. As providências ou atos que a seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

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

Seção II - Pagamento da Indenização

Cláusula 37ª. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida com base neste seguro, poupados a partir do recebimento, pela seguradora, de toda a documentação básica que comprove a ocorrência do sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos



complementares ao segurado ou ao beneficiário, conforme permitido pelo parágrafo único da cláusula 33ª, o prazo de que trata o caput desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que as exigências forem completamente atendidas pelo segurado ou beneficiário.

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

Cláusula 38ª. O pagamento será feito de uma única vez por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou na praça indicada pelo segurado ou pelo beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo 1º. Em caso de mora da seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da indenização devida, no prazo definido nesta seção, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do índice previsto na cláusula 25ª destas condições gerais. Incidirão, adicionalmente sobre o valor da indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base pro rata dia da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

Parágrafo 2º. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.



Parágrafo 3º. O reembolso de despesas efetuadas no exterior será feito com base no câmbio oficial de venda da data do pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se sempre o limite do capital segurado contratado.

Cláusula 39ª. A seguradora não estará obrigada ao pagamento da indenização nos termos pleiteados pelo segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela seguradora, ou quando este ou o beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do sinistro.

CAPÍTULO XI – DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 40ª. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I - Antes da ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) optar pela continuidade do seguro, cobrando do segurado a



diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

II - Após a ocorrência do sinistro, com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo do respectivo valor a diferença de prêmio cabível, calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) optar pela continuidade do seguro, cobrando do segurado a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário, conforme aplicável, ou restringindo a(s) cobertura(s) contratada(s) para riscos futuros, comunicandolhe acerca da restrição.

III - Após a ocorrência de sinistro, com pagamento integral do capital segurado, pagar a indenização, deduzindo do valor devido a diferença do prêmio cabível.

Cláusula 41ª. O segurado também perderá o direito à garantia de indenização em qualquer das seguintes situações:

I- se ele, seu representante ou seu beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este seguro;

II - se o Segurado agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, automutilação, condução de veículo sob efeito de álcool em nível superior ao permitido pela legislação local ou uso de



medicamentos sem prescrição médica, desde que comprovado o dolo;

III - se por omissão dolosa, não comunicar a ocorrência do Risco Coberto à Seguradora, logo que o saiba;

IV - se por omissão dolosa, não tomar as providências imediatas para minorar as consequências do Risco Coberto; e;

V - se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora, que cause prejuízo à apuração do sinistro; ou

VI - nas situações previstas expressamente nas Cláusulas Complementares como hipótese de perda do direito à indenização relativa à respectiva cobertura;

VII - inobservância dolosa das obrigações contratuais que cause prejuízo à seguradora;

VIII - se comprovadamente por má-fé, não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto.

Parágrafo 1º. Ao receber do segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o risco coberto, a seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao segurado, no prazo de até 15 (quinze) dias contados da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a seguradora poderá, mediante acordo com o



segurado, por escrito, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a(s) cobertura(s).

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º, o cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer, sendo devidas pelo segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber da seguradora a comunicação do cancelamento.

CAPÍTULO XII – DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÕES

Parágrafo 1º. O segurado, seu representante legal ou o corretor de seguros é responsável por prestar informações completas e verdadeiras sobre todas as circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na definição do valor do prêmio.

A omissão ou inexatidão dolosa dessas informações poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo da cobrança do prêmio e do ressarcimento das despesas incorridas pela seguradora.

Parágrafo 2º. Considera-se doença preexistente qualquer condição de saúde que o segurado tenha conhecimento antes da contratação do seguro.

Parágrafo 3º. É dever do segurado declarar todas as doenças preexistentes no momento da apresentação da proposta de



contratação.

Parágrafo 4º. Não haverá cobertura para doenças preexistentes que não tenham sido informadas na proposta, salvo se a seguradora, ciente do risco, optar por manter a cobertura.

Parágrafo 5º. Devem ser informados todos os exames médicos realizados, em andamento ou sob investigação, bem como qualquer liberação médica anterior, independentemente do momento em que tenham ocorrido.

Parágrafo 6º. Também devem ser declaradas atividades profissionais, esportes e hobbies que possam representar risco adicional. Informações incorretas ou omitidas podem resultar em perda de direitos.

CAPÍTULO XIII - CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 42ª. A apólice de seguro será cancelada, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I - a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

II - em caso de tentativa do estipulante de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar



os direitos da seguradora;

III - na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo estipulante como propósito de obter vantagem ilícita do seguro;

IV - na falta de pagamento de 3 (três) prêmios mensais consecutivos ou não. Nesse caso, o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no dia imediato seguinte à data de vencimento do terceiro prêmio não pago;

V - para as demais formas de pagamento, o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) prêmio não pago;

VI - com o encerramento das atividades do estipulante. Parágrafo 1º. O certificado individual será cancelado, cessando todas as coberturas contratadas, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I – Segurado Principal:

a) com a morte do segurado ou a invalidez;

b) término do vínculo entre o segurado e o estipulante;

c) solicitação expressa do segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento do prêmio;



d) tentativa do segurado e/ou de seu beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora;

e) em caso de tentativa comprovada do segurado e/ou seu(s) beneficiário(s) de dificultar ou impedir diligências essenciais à apuração do risco ou do sinistro;

f) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado e/ou seu (s) Beneficiário (s), com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

g) Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, a apólice será cancelada sem que seja devida ao Segurado ou seu Beneficiário a percepção proporcional de qualquer Indenização;

II - Segurado Dependente – Cônjuge e Filhos

a) em relação ao cônjuge ou companheiro(a) incluído(a) na apólice, em caso de separação judicial, divórcio ou perda da condição de companheiro(a) do segurado;

b) cancelamento do certificado individual do segurado principal;

c) em caso de morte do cônjuge/companheiro e/ou filho(s) incluídos na apólice;



**d) quando o segurado deixar de fazer parte do grupo segurado;
ou**

e) quando ocorrer a cessação da sua condição de dependente do segurado, na forma da legislação em vigor.

Parágrafo 1º. A apólice de seguro não poderá ser cancelada durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração na natureza dos riscos.

Parágrafo 2º. A apólice de seguro só poderá ser cancelada/rescindida durante a vigência por acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro contributivo, com anuência prévia e expressa de segurados principais que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Parágrafo 3º. Em caso de rescisão do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

Cláusula 43ª. No prazo de 30 (trinta) dias antes da data-limite para o cancelamento do seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao segurado e ao estipulante.

Parágrafo 1º. A qualquer tempo o Segurado poderá cancelar quaisquer das coberturas adicionais contratadas, mediante notificação à Seguradora podendo utilizar-se de meio remoto, mediante a anuência de $\frac{3}{4}$ dos Segurados.



Parágrafo 2º. Em caso de desaparecimento do risco coberto, o Segurado deverá comunicar imediatamente à Seguradora, que procederá à resolução do contrato, com devolução proporcional do prêmio pago deduzidas as despesas administrativas efetivamente incorridas pela seguradora.

Cláusula 44ª. O pagamento, pelo segurado e/ou pelo estipulante, de qualquer valor à seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-segurado e/ou do ex-estipulante o referido valor.

CAPÍTULO XIV – DO EXCEDENTE TÉCNICO

Cláusula 45ª. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições contratuais da apólice.

Parágrafo 1º. O cálculo do Excedente Técnico tomará por base o período de apuração que corresponde ao período de vigência anual da apólice e será realizado no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data do último pagamento das faturas relativas a esse período. Nos casos de vigências superiores a um ano, o período de apuração poderá corresponder ao período de vigência ou anualmente na data de aniversário.

Parágrafo 2º. Esse cálculo será feito com base na regulamentação em vigor, sendo considerado, para efeito de despesas administrativas, um percentual (descrito no contrato de seguro)



dos prêmios líquidos pagos no período de apuração.

Parágrafo 3º. O eventual Excedente Técnico a ser distribuído será um percentual (descrito no contrato de seguro) do resultado técnico eventualmente apurado, assim entendido o valor positivo da diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas abaixo listadas:

RECEITAS:

- a) prêmios de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente recebidos pela seguradora;
- b) estorno de sinistros recebidos pela seguradora e computados em períodos anteriores, mas definitivamente não devidos;
- c) estornos recebidos pela seguradora relativos à Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculados no período de vigência anterior; e
- d) eventuais recuperações de sinistros pelo ressegurador, quando houver.

DESPESAS:

- a) comissões de corretagem (e agenciamento, quando houver) pagas durante o período de apuração;
- b) pró-labore (remuneração) pago ao estipulante durante o período de apuração, quando houver;

- c) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- d) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive os da apólice;
- e) despesas efetivas de administração;
- f) prêmios de resseguro, quando houver;
- g) provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR);e
- h) Pis/Cofins.

Parágrafo 4º. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do IGPM/FGV, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

CAPÍTULO XV - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Seção I - Vigência, Recondução e Renovação da Apólice

Cláusula 46ª. A Apólice terá vigência por prazo determinado de até 5 (cinco) anos, podendo ser reconduzida automaticamente, por igual período, uma única vez, exceto se qualquer das partes comunicar por escrito à outra seu desinteresse na recondução, no mínimo 30 (trinta) dias antes da data do término da vigência.



Parágrafo único. Se a seguradora não tiver interesse na renovação da apólice, também deverá comunicar os segurados sobre a decisão, no mesmo prazo estabelecido no caput.

Cláusula 47ª. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice, no vencimento da vigência, sem obrigação de devolver os prêmios pagos nos termos da apólice.

Parágrafo 1º. As renovações da Apólice, posteriores a primeira, deverão ser efetuadas de forma expressa. A Seguradora comunicará ao Estipulante, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do término da vigência da apólice as novas condições do seguro e posteriormente disponibilizará ao Estipulante a nova Apólice de Seguro.

Parágrafo 2º. Na renovação, qualquer alteração da apólice que implique ônus, dever adicional ou redução de direitos dos segurados dependerá de anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Parágrafo 3º. A renovação que não implique ônus, dever adicional ou redução de direitos dos segurados poderá ser feita diretamente pelo estipulante.

Parágrafo 4º. No caso de renovação ou substituição de contrato de seguro existente, ainda que realizada com outra seguradora, não será estabelecido novo prazo de carência, exceto para as coberturas não existentes na apólice anterior e que sejam incluídas



no processo de migração.

Cláusula 48ª. Não havendo renovação da apólice, nem concordância entre as partes quanto a isso, o seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem que caiba a devolução dos prêmios pagos.

Seção II - Vigência do Risco Individual

Cláusula 49ª. A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do seguro relativamente a cada segurado, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas determinadas no certificado individual e cessará com o término da vigência da apólice, salvo hipótese de cancelamento do seguro, nos termos do Capítulo XIV destas condições gerais.

Parágrafo 1º. Nos contratos cujas propostas sejam recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência do certificado individual coincidirá com a data de aceitação da proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre o estipulante e a seguradora no contrato de seguro.

Parágrafo 2º. Nos contratos cujas propostas sejam recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o início de vigência do certificado individual coincidirá com a data de recebimento da proposta de adesão pela seguradora.



CAPÍTULO XVI - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Cláusula 50ª. São obrigações do estipulante:

I - Fornecer à seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessários à análise e à aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos proponentes;

II- Remeter à seguradora as propostas de adesão devidamente preenchidas e assinadas, além de entregar aos segurados o certificado individual, mediante recibo que deverá ser enviado à seguradora;

III - Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, das alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com as condições contratuais do seguro;

IV - Fornecer ao segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas ao seguro;

V - Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao seguro, cópia do contrato de seguro e destas condições gerais com a(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s);

VI - Discriminar explicitamente, no documento de cobrança dos prêmios, a denominação da Seguradora e a informação de que



o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;

VII - Repassar os prêmios à seguradora, no prazo estabelecido no contrato;

VIII - Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;

IX - Repassar aos segurados os valores relativos aos Excedentes Técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos segurados no custeio do seguro;

X - Discriminar a razão social e o nome fantasia da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro;

XI - Comunicar, de imediato, à seguradora a ocorrência de quaisquer sinistros, ou expectativa de sinistro, referentes ao grupo segurado, assim que deles tiver conhecimento;

XII - Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de sinistros;

XIII - Comunicar à Superintendência de Seguros Privados (Susep) quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, e informar também sobre quaisquer procedimentos relativos ao seguro que considerar irregulares;

XIV - Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da



seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante;

XV - Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no contrato e nestas condições gerais e cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso. Parágrafo único. A falta de repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o estipulante às cominações legais.

Cláusula 51ª. É vedado ao estipulante:

I - Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;

II - Fazer propaganda e promoção do seguro sem a anuência prévia e por escrito da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro;

III - Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos.

CAPÍTULO XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 52ª. Quaisquer alterações pretendidas no seguro serão



realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do estipulante, sendo ratificadas pelo correspondente endosso.

Parágrafo único. Qualquer modificação da apólice, inclusive alteração de taxas, que implique ônus ou dever adicional para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Cláusula 53ª. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo segurado ou por seu beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste seguro.

Cláusula 54ª. A propaganda e a promoção do seguro, por parte do corretor ou do estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro, ficando o estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

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

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

Cláusula 57ª. O segurado poderá consultar a situação cadastral



de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

Cláusula 58ª. A seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro.

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

a) Prescreve em um ano a pretensão do segurado contra a seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão;

b) Prescreve em 3 anos a pretensão do beneficiário contra a seguradora, contados a partir da ciência do fato gerador da pretensão.

Cláusula 60ª. A Ouvidoria da seguradora estará disponível para acesso dos segurados por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (0800 701 7000), das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Cláusula 61ª. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela seguradora na Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do Processo nº 15414.002914/2006-14.



CAPÍTULO XVIII - DO FORO

Cláusula 62ª. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste seguro, fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, ressalvado o disposto no contrato de seguro com relação a eventuais litígios entre a seguradora e o estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

Registro do produto na Susep: **15414.002914/2006-14**

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos e feito o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do respectivo capital segurado estipulado no contrato de seguro e constante da proposta de adesão e do certificado de seguro, caso ocorra a morte do segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o período de cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta cobertura de morte acidental, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada,



exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou da influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros e e); os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER),



Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1. Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de indenização de que trata o caput desta cláusula se a morte do segurado, mesmo que decorrente de causa acidental, resultar de qualquer dos riscos excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização previstas no Capítulo XI das condições gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas



exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

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

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

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

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

VIII - queda n'água ou afogamento;

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

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

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



CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da indenização, será considerado o valor do capital segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;

IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou da Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

V - laudo de Necropsia ou Cadavérico;

VI - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;



VIII - cópia do Brevê e do Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o segurado era o piloto na ocasião do acidente;

IX - cópia do RG ou de Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do segurado ou do cônjuge;

X - cópia do RG ou de Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do beneficiário, em caso de morte do segurado;

XI - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade de obtê-lo, termo de representação cabível, quando se tratar de beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

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

Parágrafo 1º A seguradora poderá solicitar, **em caso de dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas condições gerais.

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

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de



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

Parágrafo 4º. As despesas com a comprovação do sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.
Parágrafo 5º. As providências ou atos que a seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. Cláusula 6ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer(qualsquer) outra(s) cobertura(s) deste seguro, garantindo ao segurado (ou ao beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas condições gerais e complementares do seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Morte Acidental



todas as cláusulas das condições gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registradas na Susep sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Registro do produto na Susep: **15414.002914/2006-14**

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos e feito o pagamento do prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento de uma indenização correspondente a um percentual do valor do capital segurado estipulado no contrato de seguro e constante da proposta de adesão e do certificado de seguro, caso ocorra a Invalidez Permanente Total ou Parcial do segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o período de cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta cobertura de invalidez permanente por acidente, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário



e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou da influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros e e); os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER),



Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de indenização de que trata o caput desta cláusula se a invalidez permanente do segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos riscos excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização previstas no Capítulo XI das condições gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início da vigência do seguro, ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Cláusula 2ª. O capital segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do capital segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de indenização por invalidez



permanente acidental parcial, decorrente de um determinado sinistro.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

IV - choque elétrico e raio;

V - contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

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



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

VIII - queda n'água ou afogamento;

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

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram riscos excluídos da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao segurado direito à indenização os eventos previstos no Capítulo IV das condições gerais do seguro.

CAPÍTULO IV – DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da indenização para a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na tabela abaixo sobre o valor do capital segurado estabelecido para esta cobertura e estará limitado a 100% (cem por cento) do valor do referido capital:



Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 Alienação mental total e incurável	100



Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25



Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	



Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	9
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-	25



Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
	peroneiros	20
	Fratura não-consolidada da rótula Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
Parcial Membros Inferiores	Anquilose total de um dos tornozelos Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo Amputação de qualquer outro dedo	25
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: indenização equivalente a 1/2 , e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	10
		3



	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

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

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

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

Cláusula 7ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial



será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, baseada nas percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

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

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para a sua perda total.

Parágrafo 3º. Não haverá reintegração do capital, em caso de sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula



será extinta.

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

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela seguradora);

II - Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela seguradora);

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela seguradora);

IV - cópia do RG ou de Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do segurado;

V - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VI - cópia do Brevê e o Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o segurado era o piloto na ocasião do acidente;



VII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VIII - cópia do Boletim de Ocorrência ou da Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

IX - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

X - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de Invalidez Permanente Total com Alienação Mental.

Parágrafo 1º. A seguradora poderá solicitar, em caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas condições gerais.

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

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos



complementares ao beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que as exigências forem completamente atendidas pelo beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do segurado ou do beneficiário, salvo as iretamente realizadas pela seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

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

Parágrafo 1º. Cada uma das partes pagará os honorários



do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

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

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

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

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



CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 15ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das condições gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na Susep sob 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do contrato e da legislação e regulamentação em vigor.



bradesco
vida e previdência

Com Você. Sempre.

Índice

Condições Gerais	3
1. OBJETIVO DO SEGURO, OBJETO SEGURADO E ÂMBITO GEOGRÁFICO	3
2. ACEITAÇÃO DO SEGURO	4
3. INÍCIO E TÉRMINO DO CONTRATO DE SEGURO.....	5
4. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO.....	6
5. RESCISÃO E CANCELAMENTO.....	6
6. RENOVAÇÃO	7
7. COBERTURAS.....	8
8. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA POR COBERTURA CONTRATADA	8
9. FRANQUIA DEDUTÍVEL OU PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO NOS PREJUÍZOS	9
10. RISCOS EXCLUÍDOS	9
11. PRÊMIO – PAGAMENTO.....	10
12. SINISTRO	11
13. FORMA DE CONTRATAÇÃO	13
14. CONCORRÊNCIA DE SEGUROS	13
15. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	15
16. PERDA DE DIREITOS.....	15
17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA	16
18. AGRAVAÇÃO DO RISCO.....	16
19. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ENCARGOS MORATÓRIOS	17
20. ESTIPULANTE.....	19
21. REAVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES E CUSTO DO SEGURO	20
22. CESSÃO DA APÓLICE	20
23. AVISOS E COMUNICAÇÕES.....	21
24. FORO	21
25. PRESCRIÇÃO	21
26. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	21
Anexo I – Coberturas – Condições Especiais.....	25
COBERTURA Nº 12 – CARTÃO DE DÉBITO COMPRA, SAQUE E INTERNET (ROUBO E/OU COAÇÃO).....	25
Anexo II – Cláusula Particular.....	26
CLÁUSULA 104 – DESISTÊNCIA	26

Bradesco Seguro Cartão - Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

CLÁUSULA 105 – RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA	26
CLÁUSULA 108 – DISPOSITIVOS MÓVEIS.....	26

Condições Gerais**1. OBJETIVO DO SEGURO, OBJETO SEGURADO E ÂMBITO GEOGRÁFICO****1.1. Objetivo do Seguro**

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado relativo a prejuízos pecuniários em consequência de risco coberto, de acordo com estas Condições Gerais, as Condições Especiais das Coberturas Contratadas (Anexo I) e Cláusulas Particulares (Anexo II) que vierem a integrar as Condições Contratuais do Seguro, as quais estarão expressamente mencionadas na apólice.

1.2. Objeto Segurado - Bens Cobertos pelo Seguro

Uso indevido do cartão por terceiros, no(s) termo(s) da(s) cobertura(s) contratada(s), dos seguintes tipos de cartão:

- a) Cartão de Crédito;
- b) Cartão de Débito;
- c) Cartão de Crédito e Débito;
- d) Cartão de Loja ("retailer cards"); e
- e) Cartão com Valor Armazenado ("charge cards").

1.2.1. Constará expressamente na apólice o tipo de cartão amparado pelo presente seguro.

1.3. Definições

Para efeito deste seguro, considera-se:

- a) Seguro: cobertura individual contratada pelo Segurado;
- b) Segurado: titular do cartão indicado no Comprovante de Contratação do Seguro;
- c) Cartão de Crédito: cartão magnético que permite ao Segurado realizar pagamentos de bens e serviços (compras) e proceder a saques emergenciais, respeitadas as condições do contrato firmado entre o Emissor do Cartão e o Segurado;
- d) Cartão de Débito: cartão magnético que permite ao Segurado movimentar sua conta corrente e/ou de poupança, respeitadas as condições do contrato de conta firmado entre o Emissor do Cartão e o Segurado;
- e) Cartão de Loja: cartão magnético que permite ao Segurado realizar compras ou serviços e proceder a saques emergenciais, mas vinculado a um único estabelecimento comercial, podendo ser utilizado somente em suas dependências, respeitadas as condições do contrato firmado entre o Emissor do Cartão e o Segurado;
- f) Cartão com Valor Armazenado: cartão magnético com valor monetário armazenado, registrado eletronicamente, que permite ao Segurado realizar pagamentos de bens e/ou serviços até aquele valor, respeitado as condições do contrato firmado entre o Emissor do Cartão e o Segurado;

g) Estipulante: pessoa jurídica, devidamente identificada na apólice, investida dos poderes de representação do grupo segurado, observados os termos destas Condições Gerais.

1.4. Âmbito Geográfico

1.4.1. As disposições do contrato de seguro aplicam-se às perdas e danos ocorridos no território nacional ou exterior, conforme o tipo de contrato firmado entre o Segurado e o Emissor do Cartão.

1.4.2. Fica entendido e acordado que eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas no exterior correrão a cargo da Seguradora.

2. ACEITAÇÃO DO SEGURO

2.1. Apólice Coletiva

2.1.1. A contratação da apólice coletiva será feita mediante proposta assinada pelo Estipulante, por seu representante legal ou por corretor.

2.1.2. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco, que:

2.1.2.1. Disporá do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não. Nos casos de alterações que impliquem modificação do risco (endosso), a seguradora terá o prazo de até 20 (vinte) dias para se manifestar;

2.1.2.2. A seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares para análise e aceitação do risco, hipótese em que o prazo de 25 (vinte e cinco) dias ficará interrompido, iniciando a nova contagem a partir da data em que a Seguradora receber as informações, os documentos ou negativa observando-se, ainda, que a mencionada solicitação.

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

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

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

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

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

2.1.8. A emissão da apólice, do certificado de seguro ou do endosso será feita em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

2.2. Cobertura Individual

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

2.2.2. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco, que:

2.2.2.1. Disporá do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não. Nos casos de alterações que impliquem modificação do risco (endosso), a seguradora terá o prazo de até 20 (vinte) dias para se manifestar; e

2.2.2.2. A seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares para análise e aceitação do risco, hipótese em que o prazo de 25 (vinte e cinco) dias ficará interrompido, iniciando a nova contagem a partir da data em que a Seguradora receber as informações, os documentos ou negativa observando-se, ainda, que a mencionada solicitação.

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

2.2.4. O início de vigência da cobertura individual será:

2.2.4.1. A partir da data da recepção da proposta de adesão caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento, total ou parcial, do prêmio;

2.2.4.2. A data da aceitação do seguro ou data distinta desde que expressamente acordada entre as partes, caso não haja ocorrido o mencionado adiantamento do valor.

2.2.4.3. A partir da data de adesão formalizada ao estipulante se essa condição fizer parte da especificação da apólice.

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

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

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

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

2.2.6.3. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pelo não pagamento da devolução devida no prazo definido no subitem 2.2.6.2, deverá ser observado o disposto no Item 19 (Atualização de Valores e Encargos Moratórios) destas Condições Gerais.

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

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

2.2.9. A emissão da apólice, do certificado de seguro ou do endosso será feita em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

3. INÍCIO E TÉRMINO DO CONTRATO DE SEGURO

3.1. Apólice Coletiva

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

3.2. Cobertura Individual

3.2.1. A cobertura individual para qualquer Segurado se inicia e encerra-se a partir das 24 (vinte e quatro) horas dos dias indicados no Comprovante de Contratação, observando-se os termos do Item 5 (Rescisão e Cancelamento), 11 (Prêmio-Pagamento) e Item 17 (Suspensão e Reabilitação da Cobertura) destas Condições Gerais.

3.2.2 Na hipótese de período de vigência superior a 12 (doze) meses, a cada período de cobertura anual, será emitido novo certificado de seguro, constando as atualizações do(s) limite(s) máximo(s) de garantia por cobertura(s) contratada(s) e do valor do prêmio do seguro, nos termos do subitem 8.4 do Item 8 (Limite Máximo de Garantia por Cobertura Contratada).

4. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

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

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

4.2. A Seguradora disporá do prazo de 20 (vinte) dias, contados da data de recebimento da proposta de alteração do seguro, para aceitá-la ou não.

4.3. A Seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares para análise e aceitação do pedido de alteração, hipótese em que o prazo de 20 (vinte) dias ficará interrompido, reiniciado a contagem a partir da data em que a Seguradora receber as informações, os documentos ou negativa.

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

4.5. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

4.6 Sendo recusa por relevante agravamento do risco, se não for possível o garantir o novo risco, o contrato será resolvido em 30 dias contados do recebimento da notificação da resolução; e

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

5. RESCISÃO E CANCELAMENTO

5.1. Apólice Coletiva - Rescisão ou Cancelamento

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

5.2. Cobertura Individual

5.2.1. Rescisão

- a) A cobertura individual poderá ser rescindida a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, sendo devida pelo Segurado, nesta hipótese, a parcela do prêmio proporcional ao prazo efetivo de vigência da cobertura; e
- b) Na hipótese de devolução de parcela do prêmio, esta será atualizada conforme disposto no Item 19 (Atualização de Valores e Encargos Moratórios) destas Condições Gerais.

5.2.2. Cancelamento

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

- a) Quando a apólice coletiva for cancelada, conforme disposto no subitem 5.1 do presente item;
- b) Se o cartão, por qualquer motivo, for cancelado;
- c) Se o Segurado deixar de pagar ao Estipulante o prêmio mensal, conforme previsto no Item 11 (Prêmio – Pagamento) destas Condições Gerais, respeitado o item 17 (Suspensão e Reabilitação da Cobertura).
- d) Se ocorrer o previsto no subitem 5.2.1 precedente, ou no Item 16 (Perda de Direitos) destas Condições Gerais;
- e) Se esgotar o limite agregado anual, previsto no subitem 8.5 – Limite Agregado Anual do Item 8 (Limite Máximo de Garantia Por Cobertura Contratada) destas Condições Gerais. Nesta hipótese, serão devidas pelo Segurado as parcelas de prêmio relativas aos meses subsequentes à data do cancelamento, as quais serão deduzidas no momento da liquidação do sinistro que esgotou o limite agregado anual; e
- f) Também se dará extinção ou cancelamento automático em outras situações previstas nas demais Condições Contratuais.

6. RENOVAÇÃO

6.1. Apólice Coletiva

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

6.2. Cobertura Individual

Bradesco Seguro Cartão - Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

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

7. COBERTURAS

7.1. O Proponente poderá contratar uma ou mais coberturas previstas para o presente seguro.

7.2. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas contratadas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao Segurado, a seu critério, não sendo admitida, em hipótese alguma, a acumulação de coberturas e seus respectivos Limites Máximos de Garantia.

7.3. Ficam automaticamente ratificados todos os termos das presentes Condições Gerais que não tenham sido alterados pelas Condições Especiais das coberturas contratadas (Anexo I), que fazem parte integrante e inseparável desta Apólice, e nela encontram-se expressamente ratificadas.

8. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA POR COBERTURA CONTRATADA

8.1. Entende-se como Limite Máximo de Garantia por Cobertura Contratada (LMGCC) o valor máximo a ser pago pela Seguradora, resultante de determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência da cobertura individual nos termos da(s) cobertura(s) contratada(s).

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

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

8.4. Na hipótese de Cobertura Individual com período de vigência superior a 12 (doze) meses, o(s) Limite(s) Máximo(s) de Garantia por Cobertura(s) Contratada(s) e o prêmio de seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - Amplo (IPC-A/IBGE). Na falta, extinção ou proibição do uso do IPC-A, a atualização terá por base O Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE).

8.5. Limite Agregado Anual

Não obstante o disposto no subitem 8.1 precedente, o total máximo indenizável pela cobertura individual durante a sua vigência anual é de 03 (três) vezes o Limite Máximo de Garantia estipulado para a cobertura, esgotado esse valor, verifica-se o cancelamento da cobertura individual nos termos da alínea "e" do subitem 5.2.2 (Cancelamento) do Item 5 (Rescisão e Cancelamento) destas Condições Gerais.

8.6. Sublimite

Poderão ser estipulados sublimites, devendo ser observado que:

- a) Entende-se como sublimite o valor máximo a ser pago pela Seguradora, resultante de determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência da apólice e garantidos pela cobertura contratada ou o conjunto de coberturas;
- b) Os sublimites que constarem na apólice não deverão ser adicionados ao Limite Máximo de Garantia por Cobertura Contratada e farão parte integrante destes; e
- c) Qualquer pagamento de indenização enquadrado nesses sublimites reduzirá o Limite a que ele se refere na proporção do valor pago.

9. FRANQUIA DEDUTÍVEL OU PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO NOS PREJUÍZOS

Em caso de sinistro, poderá ser deduzido dos prejuízos cobertos apurados em cada sinistro, a franquia ou a participação do Segurado, conforme indicado na apólice por cobertura contratada.

10. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro. Para seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto aplica-se aos Sócios Controladores, aos seus Dirigentes e Administradores Legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos Representantes Legais;
- b) Cartão perdido, roubado ou extraviado enquanto estiverem sob responsabilidade de empresas transportadoras, correios, ou ainda cartões que não foram distribuídos pelo Emissor do cartão;
- c) Clonagem do cartão e qualquer forma de fraude eletrônica, inclusive movimentações pela internet;
- d) Dano moral de qualquer natureza, ainda que decorrente de eventos garantidos por este seguro;
- e) Danos causados ao cartão, independente do fato gerador de sua inutilização, inclusive o custo para confecção de outro cartão;
- f) Danos estéticos de qualquer natureza, ainda que decorrente de eventos garantidos por esta cobertura;
- g) Estelionato;
- h) Falha ou mau funcionamento de qualquer equipamento ou programa de computador ou sistema de computação eletrônica de dados em reconhecer ou corretamente interpretar ou processar ou distinguir ou salvar qualquer data como real e correta data de calendário, ainda que continue a funcionar corretamente após aquela data;
- i) Fraude ou tentativa de fraude, simulando um evento ou agravando as suas consequências para obter indenização;

- j) Inadimplência do Segurado junto ao Emissor do cartão, bem como uso do cartão pelo Segurado desrespeitando as condições do contrato firmado com o Emissor do cartão;**
- k) Multa ou despesas de qualquer natureza imposta ao Segurado, inclusive juros e outros encargos financeiros;**
- l) Para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causadas direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente (Exclusão de Cobertura para Atos Terroristas);**
- m) Prejuízos provenientes de lucros cessantes ou outros prejuízos consequentes;**
- n) Quaisquer danos a terceiros ou ônus decorrentes;**
- o) Qualquer ato, falha, inadequação, incapacidade, inabilidade ou decisão do Segurado ou de terceiros, relacionado com a não utilização ou não disponibilidade de qualquer propriedade ou equipamento de qualquer tipo, espécie ou qualidade, em virtude do risco de reconhecimento, interpretação ou processamento de datas de calendário. Para todos os efeitos, entende-se como equipamento ou programa de computador os circuitos eletrônicos, microchips, circuitos integrados, microprocessadores, sistemas embutidos, hardware (equipamentos computadorizados), software (programas utilizados ou a serem utilizados em equipamentos computadorizados), firmware (programas residentes em equipamentos computadorizados), programas, computadores, equipamentos de processamento de dados, sistemas ou equipamentos de telecomunicações ou qualquer outro equipamento similar, sejam de propriedade conflite ou que dela divirja; e**
- p) Não comunicar a seguradora do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado é obrigado.**

11. PRÊMIO – PAGAMENTO

- a) O custeio da cobertura individual é contributária, isto é, os Segurados pagam integralmente o prêmio de seguro mensalmente, de acordo com o valor previsto no Comprovante de Contratação do Seguro.**
- b) O prêmio da cobertura individual será pago em parcelas mensais e sucessivas durante a vigência da cobertura individual, devendo ser observado conforme o tipo do cartão:**
 - i. Cartão de Débito ou de Débito e Crédito: a 1ª parcela paga no ato da contratação do seguro e a forma de cobrança das demais parcelas será a de débito automático em conta corrente ou de poupança do Segurado no mesmo dia dos meses subsequentes; e**

- ii. Demais tipos: as parcelas, inclusive a 1ª parcela, serão cobradas através das faturas mensais emitidas pelo Estipulante.
- c) Quando a data do pagamento da fatura coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento da parcela ocorrerá no primeiro dia útil seguinte, sem que o direito a indenização fique prejudicado.
- d) Decorrida a data estabelecida para o pagamento, conforme alínea “b” precedente, sem que tenha sido quitada a respectiva parcela, observando-se os termos do Item 17 (Suspensão e Reabilitação da Cobertura) destas Condições Gerais, a cobertura individual ficará automaticamente suspensa, e na hipótese de ocorrência de sinistro, o Segurado ficará sem direito a receber a indenização.
- e) O recolhimento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do Estipulante, devendo o repasse a Seguradora ser efetuado até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao pagamento do prêmio de seguro pelo Segurado, acompanhado da relação nominal dos Segurados e respectivos: C.P.F, valores dos prêmios individuais e nº do cartão.
- f) Desde que os prêmios individuais tenham sido recebidos pelo Estipulante conforme disposto na alínea “b”, fica entendido e ajustado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo previsto na alínea “e” de repasse a Seguradora, sem que ele se ache efetuado, o direito do Segurado a indenização não ficará prejudicado.
- g) Fica, ainda, entendido e ajustado que, o não repasse dos prêmios pelo Estipulante à Seguradora, no prazo previsto na alínea “e”, acarretará o cancelamento da cobertura individual dos Segurados sujeitando o estipulante às cominações legais.
- h) O Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), na forma da legislação em vigor, incidirá sobre o valor de cada parcela, devendo ser pago juntamente com ela.
- i) Poderá não haver a aplicação de taxa de juros sobre o fracionamento do prêmio. Entretanto, havendo a taxa de juros utilizada para o fracionamento do prêmio será mencionada no Comprovante de Contratação.
- j) A presente cláusula prevalece sobre quaisquer outras condições que dispuserem em contrário.

11.1. Devolução de Prêmio

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

12. SINISTRO

12.1. Aviso de Sinistro

12.1.1. Sob pena de perder direito à indenização, o Segurado, seu preposto ou representante deverá comunicar ao Estipulante tão logo saiba, a ocorrência

de sinistro, sua iminência ou de qualquer fato que possa originar responsabilidade em relação ao seguro contratado, devendo tomar imediatamente todas as providências ao seu alcance para minorar as suas consequências. Tratando-se de aviso verbal, este deverá ser confirmado por escrito, a fim de dar efetivo cumprimento ao disposto nesta cláusula.

12.1.2. Para ter direito à indenização o Segurado deverá provar satisfatoriamente à ocorrência do sinistro facultando a Seguradora a plena elucidação da ocorrência e prestando-lhe a assistência que se fizer necessária para tal fim, bem como entregar ao Estipulante a seguinte documentação básica à Regulação de Sinistro:

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

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

12.1.4. A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquérito ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido, alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

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

12.2. Pagamento da Indenização

12.2.1. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

12.2.2. Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no caput deste artigo, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

13.2.3. Somente pode ser suspenso 1 (uma) vez nos sinistros relacionados a seguros de veículos automotores e em todos os demais seguros em que a

importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente; e

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

12.3. Indenização - Forma de Pagamento

A indenização devida por este seguro será realizada através de cheque nominal ao Segurado, depósito em conta corrente indicada por ele ou ordem de pagamento (OP).

12.4. Redução e Reintegração

12.4.1. Paga qualquer indenização o respectivo Limite Máximo de Garantia contratado ficará reduzido de valor equivalente ao da indenização paga, a partir da data do sinistro, não tendo o Segurado direito à restituição do prêmio correspondente à redução havida.

12.4.2. O Segurado poderá reintegrar o Limite Máximo de Garantia até o valor vigente na data do sinistro, mediante o pagamento do prêmio mensal referente ao mês subsequente à data do sinistro, na data-limite prevista no Item 11 (Prêmio – Pagamento) destas Condições Gerais.

13. FORMA DE CONTRATAÇÃO

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

14. CONCORRÊNCIA DE SEGUROS

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

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

- a) Despesas, comprovadamente, efetuadas pelo segurado durante e / ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
- b) Valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e / ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades seguradoras envolvidas.

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

- a) Despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo segurado durante e / ou após a ocorrência do sinistro;
- b) Valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo segurado e /ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa; e

c) Danos sofridos pelos bens segurados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

15.1. Paga a indenização, a Seguradora sub-roga-se, nos limites do valor respectivo, nos direitos e ações que competem ao Segurado contra o autor do dano. Salvo dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge de segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos e afins.

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

16. PERDA DE DIREITOS

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

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

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

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

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

16.3.2. Na hipótese de ter ocorrido sinistro:

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

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

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

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

16.5. O descumprimento doloso do dever de fornecer as informações necessárias à aceitação do risco importará em perda da garantia, sem prejuízo da

dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

16.6 O descumprimento culposo do dever de fornecer as informações necessárias à aceitação do risco implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

16.7. Sobrevindo o sinistro, em casos de agravamento e/ou solicitação de alteração de risco, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA

Na hipótese do não pagamento do prêmio mensal na respectiva data limite prevista no Item 11 (Prêmio – Pagamento) destas Condições Gerais, ficará caracterizada a suspensão da cobertura individual a partir da data-limite e por um prazo máximo de 02(dois) meses. Devendo ser observadas as seguintes condições:

- a) A Seguradora estará isenta de responsabilidade quanto ao pagamento de indenização durante o período de suspensão da cobertura, mesmo que o prêmio em atraso venha a ser quitado após a ocorrência de sinistro;
- b) Decorrido o prazo máximo de suspensão, sem que tenha havido a reabilitação, a cobertura individual ficará extinta ou cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- c) Respeitado o previsto na alínea “b” precedente, a reabilitação se dará mediante o pagamento da mensalidade do mês vigente.
- d) No período de suspensão de cobertura individual, nenhum prêmio será cobrado ao Segurado e nenhuma cobertura será concedida.
- e) A suspensão poderá ocorrer no máximo de 02 duas vezes consecutivas ou não, a cada período de doze meses de vigência da cobertura individual, contados sempre da data original da contratação.

18. AGRAVAÇÃO DO RISCO

18.1. Agravação do Risco - Independente da Vontade do Segurado

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

18.1.2. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado;

18.1.3. Caso a Seguradora decida aceitar o risco agravado, comunicará sua decisão, por escrito, ao Estipulante, informando-o do acréscimo de prêmio

correspondente. Nesta hipótese, caberá ao Segurado manifestar ao Estipulante, por escrito, sua decisão de manter ou não o seguro, no prazo máximo de 30 (trinta) dias do recebimento da comunicação.

18.2. Agravção do Risco - Por Deliberação do Segurado

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

19. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ENCARGOS MORATÓRIOS

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

- a) Juros de mora à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, calculado em base "pro rata dia" e considerando o ano de 360 (trezentos e sessenta) dias, aplicados no período compreendido entre a data da exigibilidade da obrigação e a data de seu efetivo pagamento; e**
- b) Atualização monetária calculada com base na variação mensal do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPC-A/IBGE), apurada entre o último índice publicado antes da data de sua exigibilidade até aquele publicado em data imediatamente anterior à do seu efetivo pagamento. Na falta, extinção ou proibição de uso do IPC-A, a atualização terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE).**

19.1.1 Não será devida qualquer:

- a) Atualização monetária quando a indenização, na data do pagamento, corresponder ao valor de reposição do(s) bem(ns) sinistrado(s).**
- b) Atualização monetária ou juros de mora sobre valores de indenizações parciais pagas na forma de adiantamento no decorrer do processo de regulação do sinistro.**
- c) Qualquer atualização monetária ou juros de mora sobre valores pagos diretamente a Prestador(es) de Serviços nos casos de reparação do(s) bem(ns) sinistrado(s).**

Caracterizada a mora da Seguradora, considerar-se-ão as datas de exigibilidade a seguir indicadas:

ITEM	SITUAÇÃO	DATA-BASE DA EXIGIBILIDADE
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	Regra geral para início da contagem da atualização monetária, excetuados os casos abaixo.	A data da ocorrência do sinistro.
	Reembolso.	A data do efetivo dispêndio pelo Segurado ou Beneficiário.

Bradesco Seguro Cartão - Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

	Indenização que consista no pagamento de valores correspondentes a compromissos futuros do Segurado ou Beneficiário.	A data do efetivo compromisso, desde que posterior à data da ocorrência do sinistro.
	Coberturas de acidentes pessoais conjugadas com Seguros de Danos.	A data do acidente.
JUROS DE MORA	Regra geral para início da contagem do cálculo dos juros de mora.	O primeiro dia útil posterior ao prazo estabelecido nas condições para pagamento da indenização.

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

- a) **Multa de 2% (dois por cento) aplicada de uma só vez, a partir do primeiro dia de atraso, inclusive; e**
- b) **Juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro, divulgado pelo Banco Central do Brasil (BACEN).**

19.3. Nos casos de devolução de prêmio, sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no plano, a partir da data da exigibilidade conforme abaixo:

SITUAÇÃO	DATA-BASE DA EXIGIBILIDADE
Cancelamento do contrato	Considerar-se-á a data de recebimento pela Seguradora da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.
Recebimento indevido de Prêmio	Considerar-se-á a data de recebimento do prêmio.
Recusa da proposta	Considerar-se-á a data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

19.3.1. Atualização Monetária:

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

20. ESTIPULANTE**20.1. Obrigações**

Constituem obrigações do Estipulante:

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

20.2. Vedações

É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- c) Rescindir e/ou modificar o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado; e
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

20.3. Remuneração do Estipulante

Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

20.4. Direito de Controle

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

20.5. Obrigação da Seguradora

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

21. REAVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES E CUSTO DO SEGURO

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

- a) Quando da renovação anual da apólice coletiva, sendo válido para todo o grupo segurado; ou
- b) A qualquer tempo caso venha à relação Sinistro/Prêmio atingir 20% sendo aplicado às novas coberturas individuais a partir da data fixada para a alteração.

22. CESSÃO DA APÓLICE

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

23. AVISOS E COMUNICAÇÕES

23.1. Estipulante

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

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

23.2. Segurado

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

24. FORO

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

25. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados por lei.

26. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Bradesco Seguro Cartão - Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

Bolsa: Recipiente utilizado para guardar e carregar objetos pessoais de pequeno porte. Nesta categoria estão incluídas maletas, pastas, pochetes e mochilas.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

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

Causa: acontecimento que deu origem a um sinistro.

Coação física: É o emprego de força física ou de grave ameaça contra o segurado e/ou pessoas ligadas afetivamente ao segurado, compelindo-o a praticar certo ato, de maneira irresistível e insuportável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estelionato: obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.

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

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

Bradesco Seguro Cartão - Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

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

Furto Qualificado: Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel: I – Com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa; II – com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza; III – com emprego de chave falsa; IV – mediante concurso de duas ou mais pessoas.

Furto Simples: Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Roubo: Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

Saque Emergencial: saques de numerários realizados, mediante utilização de uma senha, em unidades ou agências bancárias no Brasil ou no exterior. Abrangendo saques realizados através de meio digital.

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

Bradesco Seguro Cartão - Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

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

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

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

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

Smartphone: Um smartphone é um celular que combina recursos de computadores pessoais, com funcionalidades avançadas que podem ser estendidas por meio de programas aplicativos executados pelo seu sistema operacional, chamados simplesmente aplicações.

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

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

Anexo I – Coberturas – Condições Especiais

Com relação às Condições Especiais a seguir apresentadas, são aplicáveis no seguro somente aquelas referentes às coberturas contratadas, que estarão indicadas no Comprovante de Contratação do Seguro, respeitando-se o disposto no Item 8 (Limite Máximo de Garantia por Cobertura Contratada) das Condições Gerais.

COBERTURA Nº 12 – CARTÃO DE DÉBITO COMPRA, SAQUE E INTERNET (ROUBO E/OU COAÇÃO)**1. Ratificação**

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais desta apólice que não tenham sido alterados por esta cobertura.

2. Objeto Segurado – Bens Cobertos pelo Seguro

Uso indevido do Cartão de Débito por terceiros, nos termos do Item 3 (Riscos Cobertos) destas Condições Especiais.

3. Riscos Cobertos

Esta cobertura garante até o Limite Máximo de Garantia contratado os prejuízos pecuniários decorrentes de compras, inclusive compras e aluguel de bens e serviços realizados pela Internet, saques, pagamentos pelo sistema de débito em conta ou transferências de valores da conta do Segurado para conta de terceiros, ocorridos em consequência de roubo do cartão de débito e/ou coação física sofrida pelo segurado.

3.1. Abrangendo o período de 3 (três) dias corridos (72 horas) anteriores a comunicação do Segurado ao Estipulante do roubo do Cartão de Débito, ou conhecimento do uso indevido do Cartão de Débito.

3.2. Definições

Para efeito desta cobertura, considera-se:

- a) Coação física: É o emprego de força física ou de grave ameaça contra o segurado e/ou pessoas ligadas afetivamente ao segurado, compelindo-o a praticar certo ato, de maneira irresistível e insuportável.
- b) Roubo: Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

4. Riscos Excluídos – Específicos da Cobertura

Além das exclusões gerais previstas no Item 10 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais desta apólice, esta cobertura não garante prejuízos por perdas e danos em consequência de, ou para os quais tenham contribuído:

- a) **Coação em que o Segurado não seja a própria vítima, mesmo que a pessoa portadora do Cartão de Débito tenha sido por ele autorizada a utilizá-lo,**

inclusive outro titular da conta conjunta se for o caso. Para seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto aplica-se aos Sócios Controladores, aos seus Dirigentes e Administradores Legais, e seus respectivos Representantes Legais;

- b) Entrega do bem adquirido, inclusive quando a compra e/ou aluguel de bens e serviços tenham sido realizados pela Internet.**

Anexo II – Cláusula Particular

Com relação a Cláusula Particular a seguir apresentada, é aplicável no seguro somente quando esteja expressamente mencionada no Comprovante de Contratação do Seguro.

CLÁUSULA 104 – DESISTÊNCIA

1. O Segurado poderá solicitar, por escrito, o cancelamento do presente seguro, por desistência de sua contratação, nos primeiros 7 (sete) dias de sua vigência, sendo o mínimo de 7 (sete) dias. Neste caso, será devolvido o prêmio pago, deduzido dos emolumentos e atualizado, conforme disposto no Item 19 (Atualização de Valores e Encargos Moratórios) das Condições Gerais da apólice, e o seguro será considerado nulo desde o começo da vigência e a seguradora não será responsável por nenhum evento ocorrido.

2. Ratificam-se todos os termos das Condições Contratuais desta apólice que não tenham sido alterados por esta cláusula particular.

CLÁUSULA 105 – RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Não obstante ao disposto no Item 6 (Renovação) das Condições Gerais desta apólice:

1. A presente Cobertura Individual ficará automaticamente renovada por igual período de vigência, observando-se o disposto no item 11 (Prêmio - Pagamento).

2. A renovação automática prevista no subitem 1 precedente somente se processa por uma única vez. Sendo que, nas demais renovações, caso não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante. Entretanto, poderá o mesmo não ser renovado, ou terem modificado suas condições específicas, neste caso com a anuência do Estipulante, por iniciativa deste ou da Seguradora.

CLÁUSULA 108 – DISPOSITIVOS MÓVEIS

1. Em complemento ao disposto no subitem **1.2. Objeto Segurado - Bens Cobertos pelo Seguro** do item **1. Objetivo do Seguro, Objeto Segurado e Âmbito Geográfico** das Condições Gerais, ficam garantidos pelo presente seguro os prejuízos pecuniários decorrentes das transações indevidas realizadas por terceiros, através de Aplicativos Financeiros disponibilizados pelo estipulante, previamente instalados nos Dispositivos Móveis do segurado e vinculados ao cartão objeto do seguro. Para fins dessa Cláusula Particular considera-se:

Bradesco Seguro Cartão - Processo SUSEP Nº: 15414.004200/2012-99

- 1.1 **Aplicativo Financeiro:** Conjunto de componentes lógicos de um Dispositivo Móvel que permite ao segurado realizar transações financeiras com o cartão objeto do seguro.
- 1.2 **Dispositivo Móvel:** Equipamento eletrônico do tipo celular, smartphone, tablet, notebook, computador, televisor e relógio que possibilitam a instalação e utilização de diversos aplicativos, inclusive Aplicativo Financeiro.
2. Nos sinistros que envolvam perda, furto simples, furto qualificado ou roubo do dispositivo móvel, informar o Número de série (IMEI) do dispositivo móvel, bem como o número do protocolo fornecido pela operadora relativo ao pedido de bloqueio do número de série (IMEI) do dispositivo móvel e sua inclusão no Cadastro de Estações Móveis Impedidas (CEMI), aplicável para celulares, smartphones e tablet's com tecnologia 3G/4G. É imprescindível apresentar o número do protocolo de bloqueio do IMEI e a inclusão no Cadastro de Estações Móveis Impedidas (CEMI) junto com a documentação necessária no momento da abertura do sinistro. Devendo ser observado, que número do protocolo será considerado como apresentado pelo Segurado somente após a Seguradora confirmar a inclusão do número de série (IMEI) no Cadastro Nacional de Estações Móveis Impedidas (CEMI).
3. Ratificam-se todos os termos das Condições Contratuais desta apólice que não tenham sido alterados por esta cláusula particular.