

RESUMO DO SEGURO SEGURO PROTEÇÃO ESPECIAL

Este texto contém um breve resumo das Condições do produto Proteção Especial. As Condições Contratuais na íntegra estão na sequência. Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento: 4090 1014 (Capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 791 1014 (demais localidades) de Seg. a Sab. das 6h às 22h.

1. OBJETIVO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), **até o limite das respectivas importâncias seguradas**, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos previstos no Certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como excluído da cobertura securitária. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. **A aceitação do seguro está sujeita a análise de risco.**

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

Poderão ser incluídos no Seguro os proponentes que se encontre em boas condições de saúde e em plena atividade física. Os proponentes deverão estar com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 69 (sessenta e nove) anos na data de sua inclusão neste Seguro.

3. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do segurado ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se nesse conceito: a) Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor; b) Os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto; c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas. **Não se incluem no 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas 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 c) 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.**

Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante, que é integrado, de modo indissolúvel, pelas Condições Gerais e Especiais.

Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este Seguro, conforme previsto no Certificado Individual e/ou contrato.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

Câncer: Para efeito deste seguro, é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada através de exame anatomopatológico. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no contrato deste seguro. O diagnóstico de câncer maligno poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.

Capital Segurado: É o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora na ocorrência de Sinistro coberto. Nenhum pagamento poderá ser superior ao Capital Segurado. **Carência:** Período de tempo ininterrupto contado a partir da data de início de Vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da Vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do Evento Coberto, o Segurado ou o Beneficiário não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

Certificado Individual: É o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, que confirma sua inclusão no seguro, quando da aceitação do Proponente pela Seguradora, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou do Prêmio, indicando as garantias contratadas, os Capitais Segurados, a Vigência do seguro e o valor do Prêmio.

Componentes Dependentes: São os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, regularmente incluídos no seguro.

Componentes Dependentes: são os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, regularmente incluídos no seguro.

Componentes Principais: São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais e Especiais da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Especiais: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Segurado, do Beneficiário e, quando couber, do Estipulante.

Corretor: É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes: São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

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

Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas Garantias e ocorrido durante a Vigência do seguro..

Franquia: Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Garantias: as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto

Grupo Segurado: Totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

Grupo Segurável: É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos na Apólice e no Contrato.

Indenização: É o montante do Capital Segurado que a seguradora efetivamente paga ao segurado ou aos Beneficiários em decorrência de um Evento Coberto por este seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Laudo Médico: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

Período de Cobertura: É o período durante o qual o segurado ou os beneficiários farão jus aos benefícios do plano de seguro contratado.

Prêmio: É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. O pagamento em dia do Prêmio é imprescindível para que o Segurado ou os Beneficiários possam fazer jus às garantias deste seguro. Cada garantia determinará a cobrança de um Prêmio correspondente. .

Proponente: É a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Adesão: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o Proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das Condições Contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

Proposta de Contratação: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, através do qual o Estipulante, manifesta a sua vontade em contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais, que não serão cobertos pela Apólice.

Seguradora: É a CHUBB SEGUROS BRASIL S.A., a qual se responsabilizará pelas garantias da Apólice.

Segurados: São os componentes do Grupo Segurado..

Vigência: Período durante o qual o segurado fará jus ao seguro contratado.

4. GARANTIAS

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: Garante ao segurado uma indenização, **até o limite do Capital Segurado especificado no Certificado de Seguro**, contratado para esta cobertura, caso o segurado receba o primeiro diagnóstico de câncer maligno, dentro do prazo de vigência desta cobertura, desde que devidamente coberto pelo seguro, observados os demais itens da Condição Especial e das Condições Gerais.. **Em decorrência de evento coberto e indenizado, cessa a vigência do certificado individual.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro, para todos os Segurados, a morte ou a invalidez ou incapacidade consequentes, direta ou indiretamente, de: a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes; b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem; c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada; d) Inundação, furacão, ciclone, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, maremoto, tsunami, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral; e) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores; f) Das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos; g) Mutilação, quando não decorrente diretamente de um acidente pessoal; h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal; i) Lesões por

esforço repetitivo (L.E.R.), distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (D.O.R.T.), lesão por trauma cumulativos (L.T.C.), ou similares que venham a ser aceitas pela comunidade médica-científica, bem como as consequências após tratamentos clínicos ou cirúrgicos, em qualquer época; j) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendidos: sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas e acidentes sofridos pelo Segurado, anteriormente à adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão; k) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente; l) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de Vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso; m) Participação do Segurado em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais; n) Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

Além dos riscos excluídos mencionados acima, estarão também excluídos da cobertura de:

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: a) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados; b) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado; c) qualquer tipo de câncer de pele, exceto o melanoma maligno.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Este seguro abrange os Eventos Cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. INÍCIO E RENOVAÇÃO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura individual deste seguro terá início às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do primeiro prêmio do seguro. O Seguro tem prazo de vigência de **5 (cinco) anos** e será renovado automaticamente uma única vez pelo mesmo período, **desde que haja pagamento do prêmio**. As renovações posteriores serão feitas, de forma expressa, pelo Estipulante desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados. No início do contrato e a cada renovação serão enviados novos certificados individuais. **Caso a CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta dias) que antecedam o final da vigência da apólice.**

8. TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura de cada Segurado cessa no final do prazo de vigência do certificado, se esta não for renovada, observando-se, em qualquer caso, a isenção da Seguradora de qualquer responsabilidade, sem restituições dos prêmios, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura deste Seguro cessa ainda: a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio; c) quando ocorrer a morte ou a invalidez permanente total do Segurado; e d) a apólice for cancelada pela Seguradora ou pelo Estipulante, desde que tal cancelamento seja devidamente comunicado por escrito com antecedência mínima de 60 dias.

9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os Capitais Segurados e os prêmios relativos a este Seguro serão corrigidos anualmente, pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice que será aplicado. Na hipótese de extinção do índice acima será utilizado o IPCA/IBGE. O índice e a periodicidade de correção poderão, com anuência do Segurado, ser alterados por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

10. REENQUADRAMENTO

O Prêmio de cada Segurado será estabelecido conforme sua faixa etária, sendo ajustado periodicamente, sempre que o segurado atingir uma nova faixa etária, de acordo com a Tabela abaixo:

Cobertura	Faixa Etária (em anos)									
	18 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69
Diagnóstico de Câncer										
10.000,00	3,12	4,24	6,41	6,41	9,58	12,66	16,95	22,93	25,98	25,98
20.000,00	4,26	6,51	10,85	10,85	17,20	23,35	31,94	43,90	50,00	50,00
30.000,00	5,41	8,78	15,29	15,29	24,81	34,04	46,92	64,86	74,01	74,01
40.000,00	6,56	11,05	19,74	19,74	32,43	44,73	61,91	85,82	98,03	98,03
50.000,00	7,70	13,32	24,18	24,18	40,04	55,41	76,89	106,79	122,04	122,04
60.000,00	8,85	15,59	28,62	28,62	47,65	66,10	91,87	127,75	146,05	146,05
70.000,00	10,00	17,86	33,06	33,06	55,27	76,79	106,86	148,71	170,07	170,07
80.000,00	11,15	20,13	37,50	37,50	62,88	87,48	121,84	169,68	194,08	194,08
90.000,00	12,29	22,40	41,94	41,94	70,50	98,17	136,83	190,64	218,10	218,10
100.000,00	13,44	24,67	46,39	46,39	78,11	108,86	151,81	211,60	242,11	242,11

A partir de 70 (setenta) anos de idade o prêmio do seguro será ajustado em 12% ao ano.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio é mensal através de fatura do cartão de crédito do segurado. **O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados enseja a suspensão automática do direito às Coberturas estabelecidas no certificado. A falta de pagamento do prêmio por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.**

12. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO / INDENIZAÇÃO

Em caso de Sinistro coberto por este seguro, o Segurado, o Beneficiário ou representante legal deverá comunicá-lo à Seguradora por meio de impresso próprio, carta ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos seguintes documentos à Seguradora::

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: a) Xerox autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado; b) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida; c) Formulário de Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença; d) Cópia do comprovante de endereço nominal do segurado; e) Dados bancários completos em nome do segurado (quando necessário).

As despesas efetuadas com a comprovação do Evento Coberto e os documentos de habilitação do Sinistro correrão por conta do Segurado, Beneficiário ou representante legal, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora. A partir da entrega da documentação exigível por parte do Segurado, Beneficiário ou representante legal, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para realizar o pagamento da indenização ou recusar o sinistro. Caso a Seguradora solicite documentos ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à Seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do Sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr na data de entrega da documentação solicitada. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará ao Segurado, ao Beneficiário ou ao representante legal os motivos do não-pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor.

13. PERDA DE DIREITO

O segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito a qualquer Indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos: a) Inexatidão ou omissão nas declarações da Proposta de Adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro; b) Não-cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais; c) Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização; d) Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias; e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do Evento Coberto; f) Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado ou pelo Estipulante; g) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s) para obter ou majorar seu Capital Segurado; h) Agravar intencionalmente o risco.

O Estipulante e/ou Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que souber, qualquer fato capaz de alterar ou agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Contratação/Adesão. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, é facultado à Seguradora:

I - Na hipótese de não ocorrência do Sinistro: a) Cancelar o seguro, retendo-se do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando-se a diferença de Prêmio cabível ou restringindo-se a cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado: a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III - Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado: a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

a) N° Processo SUSEP: 10.002766-00-19

b) N° das Apólices: 10.90.90.0001145.12

c) Este seguro possui pró-labore de 52,01% do prêmio líquido, pago ao estipulante..

d) Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem qualquer devolução dos prêmios pagos pelo Segurado, nos termos da apólice.

f) Qualquer alteração que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos deverá se dar mediante anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos dos Segurados. As alterações que não tragam ônus podem ser efetuadas a qualquer tempo.

g) Este seguro é garantido pela CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. – CNPJ: 03.502.099/0001-18, Código Susep: 0651-3, intermediado por **Marcep Corretagem de Seguros S.A.**, CNPJ: 43.644.285/0001-06, Registro Susep: 10.0505251 e Estipulado pelo **Banco Itaucard S.A.**, CNPJ: 17.192.451/0001-70.

h) Os clientes e Segurados poderão consultar a situação do seu corretor de seguros através do site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CPF ou CNPJ.

i) Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

J) As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/certificado, ou pelo atendimento exclusivo ao consumidor da SUSEP: 0800-021-8484 de segunda a sexta das 9:30 às 17:00 horas.

k) A Chubb Seguros entrará em contato com o cliente, quando necessário, através de diversos meios de comunicação (seja telefone fixo ou móvel, e-mail, envio de mensagens SMS, entre outros).

Utilize a Ouvidoria quando não se sentir satisfeito com as soluções apresentadas.

A Ouvidoria é um canal de comunicação, imparcial e independente, que as Companhias do Grupo Chubb disponibilizam para seus clientes e colaboradores. É dever desta área atuar de acordo com as normas relativas aos direitos dos consumidores e a mediar, esclarecer, prevenir e/ou solucionar possíveis conflitos.

Este canal de comunicação só pode ser utilizado quando clientes e colaboradores não encontrarem uma solução satisfatória para as suas reclamações, nos meios tradicionais de atendimento das Companhias (SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor; Fale Conosco; Sinistros, entre outros).

E-mail: ouvidoria@chubb.com

Telefone: 0800 722 50 59 - Segunda-feira à sexta-feira das 08:00 às 18:00

Telefone para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 724 50 84 - Segunda-feira à sexta-feira das 08:00 às 18:00.

Caixa Postal: 310, Agência 72300019, CEP: 01031-970

Quadro para impressão dos dados variáveis no certificado:

Cobertura	Faixa Etária (em anos)									
	18 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69
Diagnóstico de Câncer										
10.000,00	3,12	4,24	6,41	6,41	9,58	12,66	16,95	22,93	25,98	25,98
20.000,00	4,26	6,51	10,85	10,85	17,20	23,35	31,94	43,90	50,00	50,00
30.000,00	5,41	8,78	15,29	15,29	24,81	34,04	46,92	64,86	74,01	74,01
40.000,00	6,56	11,05	19,74	19,74	32,43	44,73	61,91	85,82	98,03	98,03
50.000,00	7,70	13,32	24,18	24,18	40,04	55,41	76,89	106,79	122,04	122,04
60.000,00	8,85	15,59	28,62	28,62	47,65	66,10	91,87	127,75	146,05	146,05
70.000,00	10,00	17,86	33,06	33,06	55,27	76,79	106,86	148,71	170,07	170,07
80.000,00	11,15	20,13	37,50	37,50	62,88	87,48	121,84	169,68	194,08	194,08
90.000,00	12,29	22,40	41,94	41,94	70,50	98,17	136,83	190,64	218,10	218,10
100.000,00	13,44	24,67	46,39	46,39	78,11	108,86	151,81	211,60	242,11	242,11

1. Objetivo do Seguro

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), **até o limite do respectivo Capital Segurado**, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos previstos na Apólice, os quais foram contratados pelo Estipulante, e indicados na Proposta de Adesão, no Contrato e no Certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como excluído da cobertura securitária.

2. Definições

2.1. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do segurado ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

2.1.2. **Não se incluem no 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 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 póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- c) **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 inciso I deste artigo.**

- 2.2. **Apólice:** é o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante, que é integrado de modo indissolúvel por estas Condições Gerais e Especiais.
- 2.3. **Autônomo / Profissionais Liberais:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.
- 2.4. **Aviso de Sinistro:** é a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este seguro, conforme previsto na apólice, certificado individual e/ou contrato.
- 2.5. **Beneficiário(s):** pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a Indenização, em caso de sinistro coberto.
- 2.6. **Capital Segurado:** é o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora na ocorrência de Sinistro coberto. Nenhum pagamento poderá ser superior ao Capital Segurado.
- 2.7. **Carência:** período de tempo ininterrupto contado a partir da data de início de Vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da Vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do Evento Coberto, o Segurado ou o Beneficiário não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.
- 2.8. **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, que confirma sua inclusão no seguro, quando da aceitação do Proponente pela Seguradora, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou do Prêmio, indicando as garantias contratadas, os Capitais Segurados, a Vigência do seguro e o valor do Prêmio.
- 2.9. **Componentes Dependentes:** são os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, regularmente incluídos no seguro.
- 2.10. **Componentes Principais:** são as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante.
- 2.11. **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais e Especiais desta Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.12. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;
- 2.13. **Condições Especiais:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.14. **Condições Gerais:** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Segurado, do Beneficiário e, quando couber, do Estipulante.
- 2.15. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e comerciais do Seguro.
- 2.16. **Corretor:** é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

- 2.17. **Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes:** são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.
- 2.18. **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 2.19. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como Estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.20. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas Garantias e ocorrido durante a Vigência do seguro.
- 2.21. **Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.22. **Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto
- 2.23. **Grupo Segurado:** totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.
- 2.24. **Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nesta Apólice e no Contrato.
- 2.25. **Indenização:** é o montante do Capital Segurado que a seguradora efetivamente paga ao segurado ou aos Beneficiários em decorrência de um Evento Coberto por este seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- 2.26. **Invalidez Permanente Total por Acidente:** para fins deste seguro, é a perda física, ou impotência funcional definitiva e total, de órgão ou membro em virtude de lesão física, atestada por profissional legalmente habilitado, e causada por Acidente Pessoal coberto.
- 2.27. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.28. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.29. **Período de Cobertura:** é o período durante o qual o segurado ou os beneficiários farão jus aos benefícios do plano de seguro contratado.
- 2.30. **Prêmio:** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. O pagamento em dia do Prêmio é imprescindível para que o Segurado ou os Beneficiários possam fazer jus às garantias deste seguro. Cada garantia determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.
- 2.31. **Proponente:** é a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

2.32. **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o Proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das Condições Contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

2.33. **Proposta de Contratação:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, através do qual o Estipulante, manifesta a sua vontade em contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

2.34. **Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus ao seguro contratado.

2.35. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

2.36. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais, que não serão cobertos por esta Apólice.

2.37. **Seguradora:** é a CHUBB SEGUROS BRASIL S.A., a qual se responsabilizará pelas garantias desta Apólice.

2.38. **Segurados:** são os componentes do Grupo Segurado.

2.39. **Sinistro:** ocorrência do Evento Coberto durante o Período de Vigência do seguro.

3. Garantias

3.1. As Coberturas oferecidas por este Seguro encontram-se definidas em condições especiais e quando contratadas e especificadas no contrato de seguro farão parte integrante destas Condições Gerais. **Neste seguro não existe cobertura básica, sendo possível a contratação de qualquer uma das coberturas para quais existam Condições Especiais relacionadas a este processo.**

4. Riscos Excluídos

4.1. **Estão expressamente excluídos de todas as garantias desta Apólice, para todos os Segurados, a morte ou a invalidez ou incapacidade consequentes, direta ou indiretamente, de:**

a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

c) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**

- d) Inundação, furacão, ciclone, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, maremoto, tsunami, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral;**
- e) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
- f) Das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos;**
- g) Mutilação, quando não decorrente diretamente de um acidente pessoal;**
- h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;**
- i) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.), distúrbio osteo-muscular relacionado ao trabalho (D.O.R.T.), lesão por trauma cumulativos (L.T.C.), ou similares que venham a ser aceitas pela comunidade médica-científica, bem como as consequências após tratamentos clínicos ou cirúrgicos, em qualquer época;**
- j) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas e acidentes sofridos pelo Segurado, anteriormente à adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- k) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- l) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de Vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- m) Participação do Segurado em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**
- n) Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**

5. Âmbito Geográfico

- 5.1. Este seguro abrange os Eventos Cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. Aceitação da Proposta de Contratação

- 6.1. A Proposta de Contratação assinada obrigatoriamente pelo Estipulante deverá ser entregue à Seguradora.

6.2. As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação.

6.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

6.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

6.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no plano de seguro, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

7. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados

7.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do Grupo Segurado mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

7.2. Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade física.

7.3. A idade do segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, não poderá ser superior a idade máxima estabelecida no contrato.

7.4. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

7.5. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na Proposta de Adesão ao seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

7.6. A Seguradora poderá solicitar uma única vez documentos complementar para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo de aceitação, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.7. O pagamento antecipado do Prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.

7.8. Quando a Seguradora receber a Proposta de Adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

7.9. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.

7.10. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da

parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação do índice estabelecido no plano, pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 30 (trinta) dias da data da recusa.

7.10.1. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.11. Se a Seguradora recusar a Proposta de Adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao estipulante ou por intermédio do Corretor, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento pelo Corretor valerá como data de recusa da Proposta de Adesão.

7.12. As Condições Gerais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação e das Propostas de Adesão.

7.13. A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual que conterá os seguintes elementos mínimos:

7.13.1. Data do início do Seguro do Componente Principal e dos Dependentes, Capitais Segurados de cada garantia, relativos ao Componente Principal e aos Componentes Dependentes, além do prêmio total.

7.14. A inclusão dos componentes dependentes e componentes principais é feita por adesão a este seguro e das seguintes formas, conforme indicação na proposta de contratação e nas condições contratuais.

7.15. Titulares

- a) **Automática**, quando o seguro abranger todos os Componentes Principais do Grupo Segurável; e
- b) **Facultativa**, quando o seguro abranger somente os Componentes Principais que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

7.16. Cônjuge/Companheiro(a)

- a) **Automática**, abrangendo todos os cônjuges/companheiros(as) dos Componentes Principais; e
- b) **Facultativa**, quando o seguro abranger somente os Componentes Dependentes que os Componentes Principais autorizem.

7.17. Filhos

- a) **Automática**, abrangendo todos os filhos e componentes dependentes, com idades de até **21 (vinte e um) anos**, dos Componentes Principais.

7.18. Quando ambos os cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, os filhos e os demais Componentes Dependentes do casal poderão ser incluídos apenas uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.

7.19. É vedada a contratação do seguro através de procuração.

8. Início e Renovação da Vigência da Apólice e da Cobertura Individual

8.1. O início de vigência das coberturas individuais deste Seguro será estabelecido no Certificado Individual, através de cláusula específica. A cobertura individual deste seguro terá início e término às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas constantes no Certificado Individual.

8.1.1. Nas propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.1.2. As propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

8.2. O Seguro tem prazo de vigência de até 5 (cinco) anos e será renovado automaticamente uma única vez pelo mesmo período. As renovações posteriores serão feitas, de forma expressa, pelo Estipulante desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados. No início do contrato e a cada renovação serão enviados novos certificados individuais.

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

8.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos dos Segurados.

8.5. A renovação automática não se aplica aos estipulantes ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.

8.6. Caso a CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.

9. Término de Vigência da Cobertura Individual

9.1. A cobertura de cada Segurado cessa no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observando-se em qualquer caso, a isenção da Seguradora de qualquer responsabilidade, sem restituições dos prêmios, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

9.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura deste Seguro cessa ainda:

a) Com o desaparecimento do vínculo entre o Componente Principal e o Estipulante;

b) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;

c) Quando ocorrer a morte ou a invalidez permanente total do Componente Principal, e

d) Quando a apólice, mediante acordo entre as partes e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, for cancelada pela Seguradora ou pelo Estipulante, desde que tal cancelamento seja devidamente comunicado por escrito com antecedência mínima de 60 dias.

9.2.1. No caso da alínea “a” do subitem 9.2. acima, o Componente Principal pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo a totalidade de seus custos.

9.3. Além das situações mencionadas anteriormente, a cobertura de cada Componente Dependente cessa:

a) No caso de cessação da condição de dependente;

b) A pedido do Componente Principal, e

c) Com a inclusão do Componente Dependente no Grupo Segurável Principal.

10. Custeio do Seguro

10.1. O custeio deste seguro será determinado pela aplicação das taxas de cada garantia, calculadas de acordo com as características do Grupo Segurado, ao seu respectivo Capital Segurado.

10.2. Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante deste Contrato o custeio poderá ser:

a) **Não contributivo**, quando os Segurados não pagam Prêmios, ou

b) **Contributivo**, quando os Segurados pagam Prêmios total ou parcialmente.

11. Capital Segurado

11.1. Para fins deste Seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em função do valor estabelecido para cada garantia, vigente na data do evento.

11.2. A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado estará definida nas condições especiais de cada cobertura.

11.3. O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar o Contrato.

11.4. O Capital Segurado estabelecido para cada garantia constará no Certificado Individual do Segurado.

11.5. O Capital Segurado dos Componentes Dependentes em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Componente Principal.

12. Revisão / Alteração do Capital Segurado

12.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente. Se aceitos pela Seguradora, os novos Capitais Segurados terão início de Vigência no 1º dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão, iniciando-se nova Carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.

12.2. Qualquer aumento de Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo a mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.

12.3. Para os Segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos Capitais Segurados. Nestes casos, os Capitais Segurados serão atualizados anualmente pelo índice estabelecido no Plano de Seguro ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

12.4. O Estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do Capital Segurado, o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do Capital Segurado, de conhecimento do segurado e não declarada na nova Proposta de Adesão, o pagamento da Indenização prevista para as coberturas contratadas, em caso de sinistro, será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de Prêmios ao Estipulante e/ou Beneficiário.

13. Pagamento do Prêmio

13.1. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão do documento de cobrança;
- d) número da apólice e/ou do certificado individual;
- e) data limite para o pagamento.

13.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 13.1 diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5(cinco) dias úteis, em relação a data do respectivo vencimento.

13.2. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

13.3. Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.

13.4. Caso o Segurado opte pelos prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

13.5. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.

13.6. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

13.6.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 19.1 deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

13.7. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário.

13.8. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

13.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

13.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

13.11. O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 16.1. destas Condições Gerais.

13.11.1. Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre, o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12%(doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

13.12. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na apólice, enseja em suspensão automática do direito às Coberturas estabelecidas na apólice.

13.12.1 A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na Proposta de Contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

13.13. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.

13.13.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada, a qualquer tempo, pela Seguradora, mediante notificação, por escrito, ao Estipulante.

13.13.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de Seguro Contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das garantias dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.

13.13.3. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

13.13.4. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

13.13.5. Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal, por escrito.

13.13.6. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadrarem nesta condição, poderão ser aplicadas a critério exclusivo da Seguradora, as disposições dos subitens 13.13 e 13.13.1 acima.

14. Recálculo do Prêmio

14.1. Anualmente as taxas utilizadas no cálculo do prêmio poderão ser reavaliadas sempre que o valor total dos sinistros ocorridos no ano seja superior a 50% dos prêmios ganhos no mesmo ano. As novas taxas, em caso de reajuste, serão enviados à SUSEP e comunicados por escrito aos Segurados num período mínimo de 30 (trinta) dias anteriores a data efetiva do reajuste e deverão ter a anuidade expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

15. Franquias / Carências

15.1. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

15.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

15.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

16. Atualizações do Capital Segurado

16.1. Os Capitais Segurados e os prêmios relativos a este Seguro serão corrigidos, anualmente, pelo Índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice que será aplicado.

16.1.1. Índice de atualização do Plano de Seguro

O índice pactuado para a atualização de valores relativos às operações de seguros será estabelecido no contrato em consonância com as seguintes opções:

I - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE;

II - Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas - IGPM/FGV;

III - Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas - IPC/FGV;

Parágrafo único. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado índice substituto convencionado no ato da contratação, dentre aqueles previstos acima.

16.3. O índice e a periodicidade de correção poderão, com anuência do Segurado, ser alterados por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

16.4. Para os seguros de prazo de até 12 (doze) meses não haverá atualização de valores.

17. Procedimentos em Caso de Sinistro e Pagamento de Indenização

17.1. Em caso de Sinistro coberto por este seguro, o Segurado, o Beneficiário ou representante legal deverá comunicá-lo à Seguradora por meio de impresso próprio, carta ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à Seguradora.

17.2.. As despesas efetuadas com a comprovação do Evento Coberto e os documentos de habilitação do Sinistro correrão por conta do Segurado, Beneficiário ou representante legal, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.

17.3. A partir da entrega da documentação exigível por parte do Segurado, Beneficiário ou representante legal, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para realizar o pagamento da indenização ou recusar o sinistro. Caso a Seguradora solicite documentos ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

17.4. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no item anterior o Capital Segurado será atualizado pela variação do índice citado no item 16.1 desde a data do evento, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, após o prazo de 30 dias, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.

17.4.1. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

17.5. O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

17.6. Quando a Seguradora recusar um sinistro com base nas Condições Contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao Segurado ou Beneficiário por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa expressando os motivos.

17.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à Seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do Sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr na data de entrega da documentação solicitada.

17.8. Somente poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do Sinistro.

17.9. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17.10. No caso de Beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:

a) Pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos: a indenização será paga, em nome do menor Segurado, ao representante legalmente constituído;

b) Pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 21 (vinte e um) anos, exclusive: a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

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

17.12. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará ao Segurado, ao Beneficiário ou ao representante legal os motivos do não-pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor.

17.13. A documentação necessária para regulação do Sinistro consta nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

18. Junta Médica

18.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.2. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade devem ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador escolhido pelos dois nomeados.

18.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

18.4. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os honorários do terceiro médico serão divididos em partes iguais entre o Segurado e a Seguradora.

19. Perda de Indenização

19.1. O segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito a qualquer Indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações da Proposta de Adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;**
- b) Não-cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;**
- c) Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização;**
- d) Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
- e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do Evento Coberto;**
- f) Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado ou pelo Estipulante;**
- g) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s) para obter ou majorar seu Capital Segurado; e**
- h) Agravar intencionalmente o risco.**

19.2. O Estipulante e ou Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que souber, qualquer fato suscetível de alterar ou agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.3. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Contratação/Adesão.

19.4. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

19.5. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19.6. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, é facultado à Seguradora:

19.6.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro, ocorrerá:

- a) O cancelamento do seguro, retendo-se do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, a continuidade do seguro, cobrando-se a diferença de Prêmio cabível ou restringindo-se a cobertura contratada.**

19.6.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) **Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**

b) **Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

19.6.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

a) **Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.**

20. Reintegração

20.1. Nos casos de morte e de invalidez permanente total não haverá reintegração.

20.2. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

21. Beneficiários

21.1. **A indicação do(s) Beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do Segurado e devendo constar na Proposta de Adesão preenchida por este, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.**

21.2. **O(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo Segurado, bastando o encaminhamento à Seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado.**

21.3. A alteração de Beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela Seguradora, confirmada pelo relógio-datador.

21.4. **Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) Beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.**

21.5. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada de realizar o pagamento do Capital Segurado ao(s) novo(s) Beneficiário(s).

21.6. **A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do Segurado não poderá ser instituída como seu Beneficiário.**

21.7. O Beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será(ão) sempre o Segurado.

21.8. **Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.**

21.8.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

21.9. Havendo mais de um Beneficiário indicado e vindo um deles a falecer antes do Segurado, na ocorrência do sinistro, a parte cabível ao Beneficiário falecido reverterá em favor dos demais Beneficiários indicados.

21.10. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como Beneficiário(a) se, no momento da contratação, o Segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato de seu cônjuge.

21.11. Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para esta figurar nesta condição.

21.12. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

22. Obrigações do Estipulante

22.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas Condições Contratuais constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais dos Segurados;

b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

b) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;

c) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

c) Repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

d) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

d) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

e) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

e) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

f) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

f) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

g) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante

g) Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.

23. Obrigações da Seguradora

23.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:

a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando a correr, a partir de sua entrega, o prazo para regulação do sinistro;

b) Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante, se couber;

c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, se couber;

d) Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.

24. Reenquadramento

24.1. Os Prêmios serão reenquadrados anualmente, de acordo com uma das seguintes opções, conforme estabelecido no Contrato e podem ser:

24.1.1. Por Idade: A taxa de Prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua idade, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Idade, prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função do aumento de idade, as taxas de Prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice, ou na data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.

a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado Titular.

24.1.2. Por Faixa Etária: A taxa de Prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua faixa etária, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Faixa Etária prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função da mudança de faixa etária, as taxas de Prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice ou da data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.

a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado.

24.2. Independente das formas de reequadramento acima descritas, quando o segurado atingir idade superior ao estabelecido nas tabelas de taxas, a taxa do seguro individual passará a ser reajustada anualmente pelo percentual de 10%.

25. Material de Divulgação

25.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Contratuais da Apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

26. Prescrição

26.1. Qualquer direito do Segurado ou do Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

27. Foro

27.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

28. Cancelamento e Alteração do Contrato

28.1. O presente Seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes e deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

28.2. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita por escrito, com a concordância das partes contratantes.

28.3. O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora, respeitado o disposto no subitem 2.1. destas Condições Gerais e seus subitens.

28.4. Nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se não constar da declaração escrita do Segurado devidamente recebida pela Seguradora.

28.5. Em caso de alteração do contrato que acarrete alteração de prêmio, o novo prêmio será comunicado por escrito ao Segurado e será cobrado no mês subsequente ao da alteração.

28.5.1. Qualquer alteração do contrato em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

28.5.2. Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

29. Sub-rogação de Direitos

29.1. Uma vez paga a indenização, a Seguradora não ficará sub-rogada nos direitos e ações do Segurado.

30. Tributos

30.1. Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

31. Disposições Gerais

31.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

31.2. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os Prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

31.3. Qualquer modificação da Apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previsto nestas Condições Gerais, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

31.4. Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

31.5. O registro destas Condições Gerais na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

31.6. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

31.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

31.8. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. Objetivo

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer.

2. Definições

- 2.1. **Câncer:** Para efeito deste seguro, é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada através de exame anatomopatológico. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no contrato deste seguro. O diagnóstico de câncer maligno poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.
- 2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

3. Garantia

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado receba o primeiro diagnóstico de câncer maligno, dentro do prazo de vigência desta cobertura, desde que devidamente coberto pelo seguro, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

4. Riscos excluídos

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
 - b) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
 - c) qualquer tipo de câncer de pele, exceto o melanoma maligno.

5. Beneficiário

- 5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

6. Capital segurado

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do câncer.

7. Franquias e carências

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
7.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

8. Documentos em caso de sinistro

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Xerox autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
 - b) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
 - c) Formulário de Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
 - d) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado;
 - e) Dados bancários completo em nome do segurado; (quando necessário).

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

