

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS
Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES GERAIS

1- DEFINIÇÕES

1.1- Acidente Pessoal: O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico;

1.2- Análise do Risco: Análise que a Seguradora efetua em cada Proposta de Adesão recebida, com a finalidade de verificar o grau do risco apresentado pelos componentes do grupo segurável;

1.3- Apólice: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos;

1.4- Beneficiário: Pessoa física ou jurídica indicada livremente pelo Segurado na Proposta de Adesão ou em documento específico para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do evento coberto;

1.5- Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento;

1.6- Carência: Lapso de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito a cobertura prevista pelo Seguro, sendo nula em caso de acidente pessoal;

1.7- Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

1.8- Certificado Individual: Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

1.9- Coberturas de Risco: Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada;

1.10- Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, das condições particulares, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

1.11- Condições Especiais: Conjunto de Cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro, podendo ainda ampliar ou restringir o disposto nas Condições Gerais;

1.12- Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante;

1.13- Condições Particulares: Conjunto de cláusulas estabelecidas entre o Estipulante e a Seguradora, na comercialização do seguro, que particularizam as características do grupo segurado e fixam os direitos e obrigações das partes contratantes;

1.14- Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários;

1.15- Data do Evento: Considera-se como data do evento, para efeito de acidentes pessoais, a data do acidente;

1.16- Declaração de Saúde: Questionário constante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido pelo proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde na data da subscrição, bem como sua principal ocupação, atividade ou profissão;

1.17- Doenças e Lesões Preexistentes: 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 do seu estado de saúde, de conhecimento do mesmo antes da data da contratação e não declaradas na Proposta de Adesão;

1.18- Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do 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;

1.19- Evento Coberto: Acontecimento futuro e incerto, de natureza imprevisível, coberto pelo Seguro e ocorrido durante a sua vigência, que dá direito a indenização ao Segurado;

1.20- Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;

1.21- Formulário de Aviso de Sinistro: Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora;

1.22- Garantias: Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

1.23- Grupo Segurado: Totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

1.24- Grupo Segurável: Totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo concreto com o Estipulante e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

1.25- Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de um sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada;

1.26- Índice Pactuado: Índice contratado para a atualização dos prêmios e capitais segurados, na forma indicada nas Condições Particulares e na Proposta de Adesão;

1.27- Início de Vigência do Seguro: Data de aceitação da Proposta de Adesão, a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora;

1.28- Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;

1.29- Migração de Apólice: Transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

1.30- Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

1.31- Parâmetros Técnicos: Taxa de juros, índice de atualização de valores e taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso;

1.32- Período de Cobertura: Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

1.33- Prêmio: Valor destinado ao custeio do seguro que o Segurado e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s);

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

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

1.36- Proponente: O interessado em contratar o Seguro, no caso de contratação individual, ou que propõe sua adesão à Apólice, no caso de contratação coletiva, e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio;

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

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

1.39- Reabilitação: Restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão;

1.40- Regime Financeiro de Repartição Simples: Estrutura técnica do Seguro, em que os prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não sendo prevista devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Estipulante;

1.41- Reintegração: Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro;

1.42- Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não serão cobertos pelo Seguro;

1.43- Segurado: Pessoa física em relação a qual a Seguradora assume a responsabilidade dos riscos cobertos previstos no contrato de Seguro, classificado em Segurado Principal, aquele que subscreve o Seguro e mantém

vínculo com o Estipulante passível de comprovação efetiva, e Segurado Dependente, o cônjuge ou companheira (o), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, da Previdência Social, ou por regulamentação própria e, desde que não sejam seguráveis como Segurado Principal;

1.44- Seguradora: MBM Seguradora S.A. legalmente constituída e autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais;

1.45- Sinistro: A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;

1.46- Vigência do Seguro: Período no qual a Apólice de Seguro está em vigor;

1.47- Vigência da Cobertura Individual: Período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

2- OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro, regido por estas Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) quanto às coberturas básicas e adicionais contratadas, até o limite do capital segurado, em decorrência dos riscos cobertos.

3- GARANTIAS DO SEGURO

3.1- São garantias Básicas do Seguro:

3.1.1- Morte Acidental (MA)- Garante o pagamento do capital segurado, pela morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.1.2- Invalidez Permanente por Acidente (IPA)- Garante o pagamento de uma indenização até o limite do capital segurado, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.2- O Seguro deve abranger pelo menos uma das garantias básicas e quando ambas forem contratadas, as indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam.

3.3- São **garantias Adicionais** do Seguro:

3.3.1-Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)– Garante o reembolso, até o limite do capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciando nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro;

3.3.2- Diárias de Incapacidade (DI)– Garante o pagamento do capital segurado, observando o limite contratual máximo de 90 (noventa) diárias, no caso de incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, diretamente resultante de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.4- As garantias adicionais, **quando contratadas**, somente podem ser concedidas para a totalidade do Grupo Segurado.

4- RISCOS COBERTOS

4.1- O Segurado estará coberto dos seguintes riscos na vigência do Seguro:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, observado o disposto no subitem 7.2;
- b) acidente pessoal;
- c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicação deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- d) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- e) choque elétrico e raio;
- f) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- g) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- h) queda n' água ou afogamento.

4.2- Incluem-se no conceito de acidente pessoal do subitem 1.1, as lesões decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando o Segurado ficar sujeito a elas em decorrência de acidente coberto;
- b) seqüestros e suas tentativas;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática acidental, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

4.3- Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para fins deste Seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais) qualquer que seja a sua causa, ainda que provocada, desencadeada ou agravada, direta ou indiretamente por acidente inclusive a decorrente de contaminação radioativa ou de exposição a qualquer tipo de radiação, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente;**
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamento clínico ou cirúrgico 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüência pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- 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 subitem 1.1.**

5- RISCOS EXCLUÍDOS

5.1- Estão excluídos da cobertura do Seguro os riscos decorrentes:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de 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 de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de doenças preexistentes à contratação do Seguro de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- d) de furacão, ciclone, terremoto, maremoto, erupção vulcânica e outras convulsões da natureza;**
- e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro ou ainda, quando**

- seguro contratado por pessoa jurídica, por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- f) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
 - g) de choque anafilático e suas conseqüências;
 - h) do parto ou aborto e suas conseqüências;
 - i) de qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
 - j) direta ou indiretamente de ato terrorista, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente.

6- ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O Seguro dará cobertura durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, em qualquer local ou país em que esteja o Segurado, exceto para as garantias adicionais que será apenas no Brasil.

7- CARÊNCIA

7.1- Não haverá período de carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais.

7.2- Ocorrendo a morte do Segurado por suicídio nos 2(dois) primeiros anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, não será devido o capital segurado, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.

7.3- Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

7.4- O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de CARÊNCIA estabelecido no subitem 7.2.

8- GRUPO SEGURÁVEL

8.1- É o conjunto de pessoas físicas que reúna as condições para inclusão na Apólice, homogêneo em relação a uma ou mais características discriminadas nas Condições Particulares, que mantenha vínculo concreto com o Estipulante.

8.2- O Seguro poderá abrigar na mesma Apólice componentes de empresas coligadas e/ou controladas pelo Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

8.3- A Adesão ao Seguro é facultativa para os componentes principais do Grupo Segurável, podendo ser admitidos como componentes dependentes daqueles, o cônjuge ou a(o) companheira(o), considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social e desde que não sejam seguráveis como componentes principais.

9- ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1- A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal.

9.2- Poderão ser admitidas no Seguro as pessoas físicas com idade máxima definida nas Condições Particulares, em boas condições de saúde e que atenderem aos critérios de análise e aceitação do risco da Seguradora na data da assinatura da Proposta de Adesão.

9.3- Quando os Segurados Principais tiverem dependentes comuns, estes somente poderão ser incluídos uma única vez, considerando-se dependente daquele de maior Capital Segurado.

9.4- O proponente obriga-se a declarar, na Proposta de Adesão, as doenças, lesões ou seqüelas físicas de que seja portador.

9.5- Para aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.

9.6- A aceitação da Proposta de Adesão será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.

9.7- A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. 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.

9.8- A Seguradora reserva-se o direito de não aceitar a inclusão de proponente com Proposta de Adesão mal preenchida, com rasuras ou com declaração de saúde incompleta ou que comprometa a taxaço do seguro.

9.9- A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Seguradora por escrito ao interessado, fundamentada na legislação vigente, com a conseqüente devolução dos valores já pagos, atualizados monetariamente

da data do pagamento até a data da efetiva restituição pelo índice pactuado ou o índice previsto no subitem 13.2, correspondente ao período entre a data do pagamento do prêmio e a data da efetiva restituição, acrescido de juros de 6% (seis por cento) ao ano a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo referido no subitem precedente, considerada a suspensão quando houver. No caso de recusa de risco, o valor pago a título de prêmio deverá ser restituído ao Segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da formalização da recusa pela Seguradora.

9.10- Aceito a Proposta de Adesão, a Seguradora expedirá o respectivo **Certificado Individual** do Seguro.

9.11- É obrigatória a emissão e posterior envio do Certificado Individual, no início de vigência do contrato de seguro respectivo e em cada uma das renovações subsequentes.

9.12- É nula de pleno direito a inscrição do interessado que prestar declarações falsas, errôneas ou incompletas na Proposta de Adesão, adulterando ou omitindo circunstâncias que possam influenciar a avaliação do risco e na sua aceitação pela Seguradora.

9.13- A nulidade da inscrição, em razão das causas mencionadas no subitem precedente, acarretará a perda de todos os direitos relativos ao Seguro, bem como dos valores correspondentes a prêmios pagos, nos termos do Artigo 766 da Lei n.º 10.406 de 10/01/02.

9.14- A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Segurado Principal ou de seu(s) Segurado(s) Dependente(s) a comprovação de todas as informações ou dados por estes fornecidos.

9.15- A inclusão dos componentes principais far-se-á da seguinte forma:

- a) Automática – quando o Seguro abranger todos os componentes principais;
- b) Facultativa – quando o Seguro abranger somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.

9.16- A inclusão do componente dependente far-se-á da seguinte forma:

- a) Automática – quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges, ou companheiras(os) dos componentes principais, considerados dependentes de acordo com a legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social.
- b) Facultativa – quando somente por autorização do componente principal, o Seguro abranger os componentes dependentes supramencionados.

9.17- As obrigações da Seguradora decorrentes da cobertura contratada, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva Proposta de Adesão

e quitação, antes da ocorrência do evento coberto, do(s) prêmio(s) devido(s), observado o período de carência.

9.18- A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

10- GRUPO SEGURADO

10.1- O Grupo Segurado é constituído por todos os componentes do Grupo Segurável que tenham sido incluídos no Seguro.

10.2- O índice de adesão, ou seja a relação entre o número de Segurados e o número de componentes do Grupo Segurável, e o número mínimo de Segurados para fins de aceitação e manutenção do Seguro serão estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice.

11- VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

11.1- A Apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas da data neles indicada.

11.2- O período de cobertura e vigência da Apólice será de acordo com o estipulado nas Condições Particulares do Seguro, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessária, desde que realizada pelo Estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.

11.3- Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou, ainda, a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos integrantes do grupo segurado.

11.4- Caso a Seguradora 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 de vigência da apólice.

11.5- A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

11.6- A renovação automática não se aplica aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação é feita mediante apresentação de nova Proposta de Adesão.

11.7- A cobertura individual do Seguro terá início às 24 horas da data de aceitação indicada no Certificado Individual.

11.8- As Propostas de Adesão recebidas pela Seguradora com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, e que tenham satisfeito as condições de aceitação, terão seu início de vigência às 24 horas da data de recepção da Proposta de Adesão indicada no Certificado Individual.

11.9- Respeitado o período do correspondente prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

11.10- Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio e que tenham satisfeito as condições de aceitação, o início da vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

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

12- CAPITAL SEGURADO

12.1- O Capital Segurado, relativamente ao Segurado Dependente, não poderá ultrapassar o do Segurado Principal.

12.2- Quando a indenização ou a soma das indenizações, em decorrência de evento coberto, atingirem ou ultrapassarem o Capital Segurado, a cobertura ficará rescindida para o respectivo evento.

12.3- A Seguradora procederá a reintegração automática da cobertura rescindida para novo evento ocorrido na vigência do Seguro.

12.4- Nenhuma indenização por um mesmo evento coberto será superior ao valor do Capital Segurado.

12.5- A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

12.6- Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do Acidente.

12.7- Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

12.8- No caso de Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a Tabela anexa às Condições Especiais do Seguro.

12.9- No caso de pagamento de indenização por Invalidez Parcial por Acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

12.10- A Seguradora poderá proceder à reintegração automática do capital segurado das garantias de Invalidez Permanente por Acidente, de Despesas Médicas, Hospitalares e odontológicas e de Diárias de Incapacidade, nos casos previstos nestas Condições Gerais, até o montante do valor deduzido das garantias.

13- ATUALIZAÇÃO DE VALORES

13.1- Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial.

13.2- No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

14- CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:

- a) Não Contributário- quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;
- b) Contributário- quando os componentes do grupo segurado pagam prêmios, total ou parcialmente.

15- PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1- O prêmio do Seguro terá periodicidade de pagamento mensal e resultará da aplicação, sobre o valor do capital segurado no mês do pagamento, da taxa inicialmente fixada nas Condições Particulares e anualmente recalculada com base nas operações do Seguro.

15.2- Sempre que do recálculo, previsto na Nota Técnica Atuarial do Seguro, resultar taxas superiores às taxas em vigor, e a apólice apresentar déficit técnico que indique a necessidade de adequação, este será previamente submetido à aprovação da Superintendência de Seguros Privados. A aplicação das taxas reavaliadas será realizada mediante endosso à Apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

15.3- O prêmio mensal deverá ser sempre pago antecipadamente em relação ao respectivo mês de vigência do Seguro através de carnê, fatura mensal, fatura de cartão de crédito, desconto ou consignação em folha ou débito em conta junto à rede bancária autorizada a recebê-lo em nome do Estipulante, conforme definido nas Condições Particulares.

15.4- A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da Apólice, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de prêmio.

15.5- A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

15.6- O pagamento do prêmio mensal até a data de seu vencimento, manterá o Seguro em vigor até o último dia do mês de vigência a que o pagamento se referir.

15.7- Se a data do vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ocorrer no primeiro dia útil imediatamente seguinte, sem que haja suspensão das garantias.

15.8- Decorridos os prazos referidos nos subitens 15.4 e 15.6, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança do prêmio, as coberturas do Seguro ficarão automaticamente e de pleno direito suspensas, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente de sinistro verificado durante o período de suspensão da cobertura.

15.9- Mediante prévia autorização da Seguradora, o recolhimento do prêmio mensal poderá ser delegado ao Estipulante, o que deve ser feito no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o efetivo pagamento pelos Segurados, através de fatura e Documento de Cobrança emitidos pela Seguradora.

15.10- A delegação de que trata o subitem 15.9 poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora, mediante notificação expressa ao Estipulante.

15.11- Na cobrança do prêmio mediante carnê, a Seguradora providenciará para que o Segurado receba o carnê respectivo com antecedência de 30 (trinta) dias do vencimento da primeira parcela.

15.12- A emissão de carnê poderá ser delegada ao Estipulante que providenciará para que cada Segurado o receba até o vencimento da última parcela do carnê anterior.

15.13- Caso o Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido o cancelamento da Apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio mensal do Seguro, antes do início do novo período de cobertura, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, ou através de ordem de pagamento na rede bancária, a favor da Seguradora, com indicação do número da Apólice e do Certificado Individual.

15.14- Nos seguros Contributários, quando os Segurados principais pagam o prêmio total ou parcialmente, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da Apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, **ficando o Estipulante sujeito às cominações legais e ao pagamento de uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor que deixou de repassar, acrescida de atualização monetária com base no índice pactuado desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.**

15.15- Nos seguros Não Contributários, quando os Segurados principais não pagam o prêmio do Seguro, caracterizada a inadimplência, fica facultado ao Estipulante reabilitar o Seguro dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do vencimento da primeira parcela do prêmio pendente de pagamento e antes de se completarem no máximo 3 (três) parcelas em atraso, mediante a quitação dos prêmios vencidos, atualizados monetariamente pelo índice pactuado, considerando a variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação, restabelecendo-se o direito à cobertura do Seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da referida quitação, ficando o Segurado sujeito a nova declaração de saúde.

15.16- A Seguradora dará aviso ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para reabilitação do Seguro, quando o custeio for Não Contributário, e também ao Segurado, quando o custeio for Contributário, através de correspondência advertindo quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso sob pena de cancelamento do Seguro.

15.17- O não pagamento do prêmio pelo Estipulante na forma e nas condições previstas no subitem 15.14, determinará o cancelamento de pleno direito da Apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou

extrajudicial e sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, respondendo a Seguradora pelos sinistros ocorridos até o término do mês de cobertura do Seguro a que corresponda o último prêmio recolhido.

15.18- Na cobrança do prêmio mediante desconto ou consignação em folha, o empregador somente poderá interromper o recolhimento no caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado, a menos que tenha havido o cancelamento da Apólice.

15.19- O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio Segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade das coberturas do Seguro.

15.20- O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora, devendo destacar, no carnê, ticket ou outro documento, a quantia que lhe for devida, seja a que título for, do valor do prêmio do Seguro.

15.21- As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de carregamento constante das Condições Particulares, serão cobertas pelo prêmio mensal, sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.

15.22- O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações, deverá ser efetuado por quem determinar a legislação específica.

16- SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

16.1- A cobertura do seguro será suspensa se o Segurado não pagar o prêmio respectivo até o dia de seu vencimento, ressalvado o disposto no item 15.14.

16.2- Nos seguros Contributários, o Segurado que tiver cobertura suspensa por inadimplência e pagar o prêmio devido até o 90º (nonagésimo) dia posterior ao seu vencimento terá cobertura reabilitada para os riscos ocorridos a partir da data do respectivo pagamento.

16.3- Transcorridos 90 (noventa) dias da data do vencimento do prêmio e não sendo este pago, o Seguro será cancelado sem que seja devida, ao Segurado ou seu(s) Beneficiários(s), qualquer indenização para evento ocorrido após àquela data, não sendo, da mesma forma devolvidos os prêmios já pagos.

17- CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1- O seguro poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

- a) a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, abaixo indicada:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

17.3- Qualquer alteração que restrinja direito ou que implique ônus ao Segurado deverá ser realizada por endosso ou aditivo ao contrato, com a concordância prévia e escrita de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17.4- A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo, em caso de desinteresse pela renovação, de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante.

17.5- As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17.6- Quando o custeio for Contributário, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios pagos pelos Segurados tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da Apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados, ficando o Estipulante sujeito ao pagamento da multa e demais encargos previstos no subitem 15.14.

17.7- O Estipulante não poderá cancelar o Seguro durante sua vigência sem o expresso consentimento dos Segurados enquanto o pagamento do prêmio correr por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.

17.8- Com o cancelamento da Apólice, ou no final do prazo de vigência de que trata o subitem 11.2, cessa a cobertura de cada Segurado, Principal ou Dependente, observando-se, em qualquer caso, que a caducidade do Seguro se dá sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade se o Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s) agir(em) com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou para majorar indenização.

17.9- A cobertura do Seguro cessa automaticamente quando:

- a) decorrido o prazo de suspensão previsto no item 16.2, o Segurado não promover a reabilitação da cobertura;
- b) do pedido de exclusão por escrito do Segurado Principal;
- c) do término do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante.

17.10- No caso da letra “c” do subitem 17.9 será respeitado o período de cobertura do Seguro correspondente ao prêmio pago, podendo o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes optarem em mantê-la, desde que haja concordância do Estipulante e da Seguradora e o Segurado Principal assumira os custos do risco e da cobrança.

17.11- Caso não haja interesse do Estipulante na manutenção do Segurado no grupo, será oferecido a possibilidade de ingresso em outro seguro, compatível no que se refere às coberturas originalmente contratadas, com estrutura técnica

adequada à sua idade no momento da perda do vínculo, não sendo exigida nova declaração de saúde para as mesmas coberturas existentes no contrato anterior.

17.12- Além das situações mencionadas no subitem 17.9, a cobertura do Segurado Dependente cessa:

- a) a pedido do Segurado Principal;
- b) com a perda da condição de dependente do Segurado Principal de acordo com as normas legais aplicáveis ao Imposto de Renda e à Previdência Social, devendo neste caso ser dada ciência imediata à Seguradora para a suspensão da cobrança do prêmio correspondente;
- c) com a inclusão do Segurado Dependente no Grupo Segurado na condição de Segurado Principal.

17.13- No caso da letra “b” do subitem 17.9, mesmo que não tenha sido dada ciência do fato à Seguradora, não caberá restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, nem será devida indenização por sinistro ocorrido com o Segurado Dependente após a perda da condição de dependente do Segurado Principal.

18- LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1- O evento coberto pelo Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Segurado, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora.

18.2- A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal.

18.3- Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio mensal, que deve ser feito no máximo até a data prevista no respectivo documento de cobrança e do recebimento pela Seguradora da documentação completa exigível para regulação do sinistro, relacionada nas Condições Especiais do Seguro.

18.4- Para recebimento da indenização das coberturas contratadas, o Segurado ou Beneficiário deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias relacionadas com ele, ficando facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

18.5- O Segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

18.6- As despesas efetuadas pelo Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) relativas a acidente ocorrido no exterior, a título de encargos com a tradução de eventuais certidões, laudos e outros documentos pertinentes ao fato, serão ressarcidas pela Seguradora com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, observados os limites estabelecidos na respectiva garantia.

18.7- As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Segurado dentro de 1 (um) ano a contar da data do evento e em decorrência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida pela Morte por Acidente, deduzida a importância já paga pela Invalidez Permanente.

Entretanto, se a indenização já paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte, não será exigida a devolução da diferença.

18.8- Mensalmente, e enquanto perdurar o pagamento da indenização por Diárias de Incapacidade Temporária, o Segurado obriga-se a encaminhar à Seguradora Laudo Médico que ateste a sua incapacidade de retorno ao trabalho ou de exercer qualquer atividade laboral remunerada.

18.9- As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.10- A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do sinistro em cada cobertura, relacionada nas Condições Especiais, contar-se-á o prazo para o pagamento da indenização de no máximo 30 (trinta) dias, não sendo seu valor atualizado na hipótese da Seguradora cumprir o referido prazo.

18.11- Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do fato gerador, a Seguradora poderá exigir do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos nas Condições Especiais, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do sinistro, que só será retomado a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas às exigências.

18.12- Transcorrido o prazo a que se referem os subitens 18.10 e 18.11 sem que tenha sido paga a indenização, o valor do capital segurado da cobertura será atualizado monetariamente pelo índice pactuado acrescido de juros moratórios a taxa de 6% (seis por cento) ao ano, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

18.13- A atualização a que se refere o subitem 18.12 será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

18.14- As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.

18.15- A indenização dos riscos cobertos será feita diretamente ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.

18.16- Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados na Lei 10.406 de 10/01/02.

18.17- A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

19- PERDA DE DIREITO

19.1- A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no Seguro, caso haja por parte do Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas que acarretem agravamento do risco coberto; ou
- b) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando as suas conseqüências.

19.2- Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.3- Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

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

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

19.5- A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, 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.

19.6- 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.

20- BENEFICIÁRIOS

20.1- Para fins deste Seguro entende-se como Beneficiário(s) a(s) pessoa(s) designada(s) nominalmente na Proposta de Adesão, ou em documento específico, para receber o valor da indenização, no caso de ocorrência de evento coberto.

20.2- O(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser substituído(s) a qualquer tempo mediante aviso escrito à Seguradora. Nenhuma alteração de Beneficiário terá

validade se não constar de declaração escrita do Segurado, desobrigando-se a Seguradora do pagamento da indenização ao novo Beneficiário caso não seja oportunamente cientificada da substituição.

20.3- No caso de morte do Segurado Dependente, o Beneficiário será sempre o Segurado Principal, bem como no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas ou Diárias de Incapacidade.

20.4- Na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

20.5- Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) que mantenha com o Segurado Principal união estável reconhecida judicialmente e desde que este ao tempo da contratação do Seguro esteja separado de fato ou judicialmente.

20.6- Na falta das pessoas mencionadas nos subitens precedentes, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

21- REGIME FINANCEIRO

Tendo em vista que o presente seguro é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, aos Beneficiários ou ao Estipulante.

22- FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

23- MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1- A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

23.2- A propaganda e a divulgação do Seguro por parte do Estipulante ou do Corretor do Seguro, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, Especiais e a Nota Técnica submetidas à SUSEP, e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.

23.3- O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

23.4- 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.

24- EXCEDENTE TÉCNICO

24.1- Quando previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

24.2- Nos seguros parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

I - Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

II- Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) comissões de administração ("pró-labore") pagas durante o período;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) valor total dos sinistros 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;
- e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- f) despesas efetivas da administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

III- As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) o aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

24.3- O percentual de reversão de excedente técnico constará na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.

Porto Alegre, 29 de junho de 2006.